Antonio Pérez–Sánchez

Psicoterapia breve psicoanalítica

Una experiencia de psicoanálisis aplicado Clínica y teoría

Colección Psicoterapias

xoroi edicions

Psicoterapia breve psicoanalítica

Una experiencia de psicoanálisis aplicado

Clínica y teoría

Antonio Pérez-Sánchez

xoroi edicions

Colección

Psicoterapias

Créditos

Título original: *Psicoterapia breve psicoanalítica – Una experiencia de psicoanálisis aplicado – Clínica y teoría*

© Antonio Pérez-Sánchez, 2014
© De esta edición: Red ediciones S.L., 2014

Revisión y corrección:
Miquel Àngel Riera

Esta obra se publica bajo el sello de Xoroi Edicions (**www.xoroi.com**) y en el marco de la Comunidad de Editores (**www.comunidadeditores.com**).

Diseño de cubierta:
Pensódromo 21

Editor: Henry Odell
henry@pensodromo.com

ISBN rústica: 978-84-942474-3-9
ISBN ebook: 978-84-942474-4-6

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, **www.cedro.org**) si necesita fotocopiar, escanear o hacer copias digitales de algún fragmento de esta obra.

Sumario

Cubierta
Portada
Créditos
Agradecimientos
Prólogo por Francisco Palacio–Espasa
Introducción
1. Fuentes de la obra
a) Monografía «Elementos de Psicoterapia Breve Psicoanalítica»
b) Seminario y supervisión en un proyecto de investigación de Psicoterapia de Orientación Psicoanalítica (POP)
a) Monografía «Elementos de Psicoterapia Breve Psicoanalítica»
b) Seminario y supervisión en un proyecto de investigación de Psicoterapia de Orientación Psicoanalítica (POP)
2. Estructura y método de la obra
3. Aspectos a investigar
a) La indicación de la PBP
b) Importancia del tiempo y la focalización como factores específicos de la PBP
c) Intervenciones terapéuticas prioritarias en PBP
d) Proceso psicoterapéutico en PBP
e) Influencia de la supervisión en el trabajo del terapeuta
a) La indicación de la PBP
b) Importancia del tiempo y la focalización como factores específicos de la PBP
c) Intervenciones terapéuticas prioritarias en PBP
d) Proceso psicoterapéutico en PBP
e) Influencia de la supervisión en el trabajo del terapeuta
Capítulo I – Modelo de la mente y Psicoterapia Breve Psicoanalítica
1. Las aportaciones de M. Balint
1.1. Consideraciones generales
1.2. M. Balint: el caso del Sr. Baker
1.3. Comentarios al caso del Sr. Baker y al modelo de la mente implícito
1.1. Consideraciones generales
1.2. M. Balint: el caso del Sr. Baker

1.3. Comentarios al caso del Sr. Baker y al modelo de la mente implícito
2. Un modelo psicoanalítico de la mente
Capítulo II – Conceptos psicoanalíticos básicos aplicados a la psicoterapia y definición de Psicoterapia Breve Psicoanalítica
1. Conceptos generales
1.1. Encuadre
1.2. Tipo de relación de objeto
1.3. Trabajo interpretativo
1.4. Importancia del aquí–y–ahora de la situación terapéutica
1.1. Encuadre
1.2. Tipo de relación de objeto
1.3. Trabajo interpretativo
1.4. Importancia del aquí–y–ahora de la situación terapéutica
2. Conceptos técnicos
2.1. Conceptos técnicos en función del paciente
2.2. Conceptos técnicos en función del terapeuta
2.1. Conceptos técnicos en función del paciente
2.2. Conceptos técnicos en función del terapeuta
3. Definición de Psicoterapia Breve Psicoanalítica en el contexto de otras psicoterapias psicoanalíticas
3.1. Psicoterapia breve psicoanalítica: concepción de lo psicoanalítico
3.2. Psicoterapia breve psicoanalítica: concepción de lo psicoterapéutico
3.3. Psicoterapia breve psicoanalítica: concepción del tiempo
3.1. Psicoterapia breve psicoanalítica: concepción de lo psicoanalítico
3.2. Psicoterapia breve psicoanalítica: concepción de lo psicoterapéutico
3.3. Psicoterapia breve psicoanalítica: concepción del tiempo
Capítulo III – Indicaciones de la Psicoterapia Breve Psicoanalítica
1. Generalidades
2. Enfoque clásico
2.1. Motivación para el cambio
2.2. Capacidad de autoobservación y de insight
2.3. Otros criterios
2.1. Motivación para el cambio
2.2. Capacidad de autoobservación y de insight
2.3. Otros criterios

3. Indicadores psicodinámicos para la psicoterapia psicoanalítica
4. Criterios de indicadores psicodinámicos específicos para la Psicoterapia Breve Psicoanalítica
5. Material clínico: tabla y resúmenes de casos
5.1. Material clínico A: Tabla de psicoterapias terminadas
5.2. Material clínico B: Breves resúmenes de algunos casos de la tabla
5.3. Comentarios generales sobre los casos de la tabla
5.4. Material clínico C: Caso I. «El chico responsable de la "higiene" relacional familiar» (Caso 10)
5.5. Comentarios al caso I
5.1. Material clínico A: Tabla de psicoterapias terminadas
5.2. Material clínico B: Breves resúmenes de algunos casos de la tabla
5.3. Comentarios generales sobre los casos de la tabla
5.4. Material clínico C: Caso I. «El chico responsable de la "higiene" relacional familiar» (Caso 10)
5.5. Comentarios al caso I
Capítulo IV – Pacientes no indicados, contraindicaciones e interrupción de entrevistas diagnósticas
1. Generalidades
2. Pacientes no indicados. Material clínico: Tabla y resúmenes de casos
2.1. Material clínico A: Tabla de pacientes no indicados para PBP
2.2. Material clínico B: Resumen de casos
2.3. Comentarios generales a los pacientes no indicados
2.1. Material clínico A: Tabla de pacientes no indicados para PBP
2.2. Material clínico B: Resumen de casos
2.3. Comentarios generales a los pacientes no indicados
3. Pacientes que interrumpen el proceso diagnóstico
3.1. Material clínico A: Tablas de casos que interrumpen el proceso diagnóstico
3.2. Material clínico B. Resumen de casos que interrumpen el diagnóstico
3.3. Comentarios generales e hipótesis sobre las interrupciones durante el proceso diagnóstico
3.1. Material clínico A: Tablas de casos que interrumpen el proceso diagnóstico
3.2. Material clínico B. Resumen de casos que interrumpen el diagnóstico
3.3. Comentarios generales e hipótesis sobre las interrupciones durante el proceso diagnóstico

4. Contraindicaciones
5. PBP y otras terapias alternativas o concomitantes
Capítulo V – Focalización
1. Introducción
2. Concepto de focalización
2.1. Contexto del foco
2.2. Niveles del foco
2.3. Deslizamiento del foco
2.1. Contexto del foco
2.2. Niveles del foco
2.3. Deslizamiento del foco
3. Focalización y método psicoterapéutico en PBP
4. Especificidad de la focalización en PBP
4.1. La focalización no es exclusiva de la PBP
4.2. Diferencias entre la focalización en PBP y la psicoterapia de larga duración
4.3. La focalización no es imprescindible para la PBP
4.4. La focalización sola no es un factor suficiente para la realización de la PBP
4.1. La focalización no es exclusiva de la PBP
4.2. Diferencias entre la focalización en PBP y la psicoterapia de larga duración
4.3. La focalización no es imprescindible para la PBP
4.4. La focalización sola no es un factor suficiente para la realización de la PBP
5. Focalización y proceso psicoterapéutico
6. Material clínico. Caso II: Histeria y conflicto materno
7. Material clínico. Caso III: «La mamá híper–responsable»
8. Focalización: síntesis
Capítulo VI – Intervenciones terapéuticas e interpretación
1. Cuestiones generales
2. «Intervenciones» no verbales
3. Intervenciones verbales
3. 1. Intervenciones no interpretativas
3.2. Intervenciones interpretativas
3.2.1. Interpretaciones no transferenciales
3.2.1. Interpretaciones no transferenciales

3. 1. Intervenciones no interpretativas
3.2. Intervenciones interpretativas
3.2.1. Interpretaciones no transferenciales
3.2.1. Interpretaciones no transferenciales
4. Material clínico:
I. Etapa diagnóstica
II. Proceso psicoterapéutico
III. Inicio de la elaboración de la terminación
I. Etapa diagnóstica
II. Proceso psicoterapéutico
III. Inicio de la elaboración de la terminación
5. Material clínico:
I. Etapa diagnóstica
II. Inicio de la psicoterapia
III. Etapa media del proceso psicoterapéutico
IV. Etapa de terminación
V. Entrevistas de seguimiento
I. Etapa diagnóstica
II. Inicio de la psicoterapia
III. Etapa media del proceso psicoterapéutico
IV. Etapa de terminación
V. Entrevistas de seguimiento
Capítulo VII – Tiempo y proceso psicoterapéutico
1. El tiempo
1.1. El tiempo en las psicoterapias psicoanalíticas y en PBP
1.2. Duración de las sesiones
1.3. Frecuencia de las sesiones
1.4. Duración del tratamiento
1.1. El tiempo en las psicoterapias psicoanalíticas y en PBP
1.2. Duración de las sesiones
1.3. Frecuencia de las sesiones
1.4. Duración del tratamiento
2. El proceso psicoterapéutico en PBP
2.1. Etapa diagnóstica y de indicación de psicoterapia
2.2. Etapa de establecimiento de la relación terapéutica
2.3. Etapa intermedia
2.1. Etapa diagnóstica y de indicación de psicoterapia

2.2. Etapa de establecimiento de la relación terapéutica
2.3. Etapa intermedia
4. Comentarios generales al Caso VI en relación al tiempo
Capítulo VIII – Terminación en Psicoterapia Breve Psicoanalítica
1. Terminación y etapas del proceso psicoterapéutico
1.1. Terminación y primera etapa: tiempo prefijado
1.2. Terminación y etapa media: «olvido» del tiempo
1.3. Terminación y etapa final. Fase de terminación propiamente. Inicio de la elaboración del duelo por el final
1.1. Terminación y primera etapa: tiempo prefijado
1.2. Terminación y etapa media: «olvido» del tiempo
1.3. Terminación y etapa final. Fase de terminación propiamente. Inicio de la elaboración del duelo por el final
2. Entrevistas de seguimiento post–terminación
3. Material clínico: Caso VII.
I. Entrevistas diagnósticas
II. Inicio de la psicoterapia. Primeras sesiones (3ª y 4ª)
III. Etapa media del proceso
IV. Etapa de terminación
V. Entrevistas de seguimiento
I. Entrevistas diagnósticas
II. Inicio de la psicoterapia. Primeras sesiones (3ª y 4ª)
III. Etapa media del proceso
IV. Etapa de terminación
V. Entrevistas de seguimiento
Capítulo IX – Interrupción en Psicoterapia Breve Psicoanalítica
1. Concepto de interrupción de la psicoterapia
2. Material clínico
2.1. Material clínico A: Tabla
2.1.1. Comentarios a la tabla
2.1.1. Comentarios a la tabla
2.2. Material clínico B: Resúmenes de los casos
2.1. Material clínico A: Tabla
2.1.1. Comentarios a la tabla
2.1.1. Comentarios a la tabla
2.2. Material clínico B: Resúmenes de los casos
3. Conclusión. Hipótesis generales de la interrupción

4. Formas de interrupción
Capítulo X – Aprendizaje y supervisión en Psicoterapia Breve Psicoanalítica
1. Aprendizaje en PBP
2. La supervisión
2.1. Cuestiones generales
2.2 Ilustración clínica de una supervisión colectiva
2.1. Cuestiones generales
2.2 Ilustración clínica de una supervisión colectiva
3. Conclusiones finales
Apéndice – Casos clínicos detallados
Bibliografía
Notas

Agradecimientos

Parte del material recogido en esta obra surge de un proyecto de investigación en psicoterapia psicoanalítica del que formé parte, como director de un seminario teórico introductorio de la psicoterapia breve primero, y posteriormente como supervisor de las psicoterapias que se incluían en el mismo, lo que explicaré más detalladamente en la Introducción. E. de la Lama fue el coordinador del proyecto y depositó en mí la confianza para llevar a cabo dicha colaboración, por lo que le estoy muy agradecido. La experiencia duró casi siete años y en el transcurso de la misma participaron un total de dieciocho psicoterapeutas que menciono a continuación con el número de psicoterapias realizadas respectivamente entre paréntesis: Juan Carlos Alba (1), Miguel Álvarez (6), Isabel Benítez (2), Mª Call (2), Mª Rosa Coca (3), Mª Teresa Font (1), Cristina García (2), Neus García (1), Ana Garre (6), Jesús Gracia (4), Mª Jesús Larrauri (1), Rosa Mª Roca (2), Jaume Rovira (4). Mabel Silva (3), Santiago Surís (6), Pilar Tardío (3), María Trías (7) y Isabel Vallés (1). El material que conforma las tablas y algunas de las ilustraciones clínicas extensas de los capítulos proceden de sus presentaciones en los seminarios de supervisión, mi agradecimiento a todos ellos. A los seminarios acudieron también como observadores alumnos del Máster de la Fundación Vidal i Barraquer, que colaboraron registrando los comentarios del grupo, no puedo mencionarlos a todos, pero sí al menos dejar constancia de mi gratitud.

Obviamente, mi agradecimiento también para los compañeros del equipo del Centro de Salud Mental de Sant Andreu (Barcelona) con los que publicamos los primeros esbozos de la Psicoterapia Breve Psicoanalítica. Ellos son: Marimí Anabitarte, Javier Bermejo, Marta Canals y Rosendo Camón. Recordar de manera especial a Francisco Palacio–Espasa que me honró con la pronta y generosa aceptación en prologar el libro.

Finalmente, no puedo dejar de expresar mi agradecimiento a los editores: Salvador Foraster por su pronta disponibilidad aceptando mi texto para iniciar la colección Psicoterapias, y a Henry Odell por su amable y paciente guía en las cuestiones técnicas.

Prólogo

por Francisco Palacio–Espasa[1]

Es para mí una enorme satisfacción presentar este libro y no sólo porque tengo en gran estima personal a su autor sino porque comparto con él su interés por las grandes posibilidades terapéuticas que tiene el psicoanálisis sin que se recurra necesariamente al encuadre clásico «cura tipo» de cuatro o cinco sesiones por semana.

El autor es muy modesto cuando en la Introducción dice que este libro no es sino parcialmente un «Manual de psicoterapia breve». Sin embargo, para los que hemos seguido desde los trabajos de Malan en los años 60 y los del grupo de Lausana (P.B. Schneider, Guillieron) y continuadores actuales sobre las psicoterapias breves psicoanalíticas, este libro es un modelo de claridad y de precisión tanto teórica como técnica.

La revisión de la literatura sobre el tema que hace en el primer capítulo muestra como esquiva los riesgos de caer en modelos rígidos, que pese a su utilidad en bastantes casos, se pueden transformar en excesivamente constrictivos en otros, perdiendo contacto con el sufrimiento y la realidad del paciente.

Su modelo psicoanalítico de la mente se inspira en los desarrollos de M. Klein y los autores post–kleinianos (Bion), de las bases de la teoría y la técnica del psicoanálisis establecido por Freud y su escuela. Es un modelo que yo comparto porque tiene en cuenta las ansiedades precoces fácilmente vividas como aniquilantes y o catastróficas que movilizan mecanismos defensivos radicales, como la escisión, la negación, la proyección, etc., que perturban severamente el funcionamiento psíquico. Estas angustias y mecanismos radicales se organizan, con el desarrollo, en vivencias más realistas de preocupación por la pérdida de las personas investidas libidinalmente. Tales vivencias

movilizan mecanismos de defensa que dan lugar a conflictos psíquicos y crean mucho sufrimiento pero son más fácilmente accesibles para el individuo.

En el capítulo II se revisan de modo claro y preciso cómo los conceptos psicoanalíticos se aplican a las psicoterapias para diferenciar la psicoterapia psicoanalítica breve del psicoanálisis y de la psicoterapia psicoanalítica sin limitación en el tiempo.

La limitación en el tiempo (entre seis meses y un año) precisada desde el momento que se indica la psicoterapia reclama una «focalización» sobre el conflicto o conflictos centrales del sujeto. La frecuencia de una sesión a la semana y la actitud receptiva pero activa del psicoterapeuta señalando los conflictos en el «aquí y ahora» sobre todo busca la integración del foco conflictual central y su elaboración junto con el duelo de la terminación de la terapia fijada de antemano.

En el capítulo III se precisan las características estructurales y dinámicas de los casos en que están indicadas las psicoterapias breves entre los que sobresalen: la motivación del paciente para modificar su sufrimiento (lo que implica capacidad de auto observación de sí mismo, así como de las relaciones con los otros) y un cierto grado de confianza en la posible ayuda del psicoterapeuta. Lo que nosotros[2] hemos llamado «*pretransfer* positivo» en las intervenciones psicoterapéuticas breves padres–niños.

En este capítulo se detallan muy precisamente las características de estos pacientes, así como los indicadores psicodinámicos para la psicoterapia psicoanalítica breve.

Solo comentaré: la tolerancia al dolor–placer, al sufrimiento al desplacer, etc., así como el contacto de estos pacientes con los aspectos infantiles de su personalidad y su tolerancia a las ansiedades de vinculación versus separación.

Con ayuda de casos clínicos trabajados en grupo y supervisados por el autor se precisan los criterios de indicadores psicodinámicos específicos por la Psicoterapia Breve Psicoanalítica. Este capítulo es extraordinariamente didáctico y matizado así como el siguiente.

En el capítulo IV se precisan los límites de las indicaciones, las contraindicaciones y los casos que tienen tendencia a interrumpir las entrevistas diagnósticas. Entre las contraindicaciones se destacan los trastornos severos de la personalidad de tipo narcisista o los duelos patológicos con grandes mecanismos de negación de los conflictos emocionales.

Los capítulos V, VI, VII y VIII detallan los elementos técnicos de la «focalización» del conflicto psíquico; las interpretaciones centradas en el «aquí y ahora»; el papel del

tiempo limitado en el proceso terapéutico y la terminación o interrupción de la psicoterapia.

Sin embargo hay que precisar que estas directivas técnicas nunca son aplicadas rígidamente sino adaptadas con flexibilidad a las asociaciones y conflictos del paciente. Así pues se hacen interpretaciones transferenciales como lo muestra el caso del «hombre de los petardos» a quien se le analiza con éxito el *transfer* negativo; así como se proponen «construcciones» de conflictos infantiles en este mismo caso. También con el tiempo y la duración del tratamiento hay una gran flexibilidad bajo la forma de proposición de entrevistas ulteriores a los tres o seis meses y un año.

El capítulo X trata el problema de la formación y la supervisión en PBP.

El rigor de los desarrollos teóricos y técnicos junto con la flexibilidad para adaptarse a las particularidades del paciente constituyen la riqueza y sutileza de este libro que no dudo en recomendarlo vivamente a los profesionales de la psicoterapia, médicos psiquiatras, psicólogos, educadores, etc. Así como a estudiantes de estas diversas disciplinas interesados por el tema.

Y no puedo concluir sin felicitar de todo corazón al autor de quien conozco otras obras de calidad teórica y técnica igual de encomiables.

Ginebra, Septiembre de 2013

Introducción

1. Fuentes de la obra

Esta obra es el resultado de la conjunción de varios factores. Una publicación anterior, *Elementos de Psicoterapia Breve Psicoanalítica* (1990), en la que colaboraron algunos compañeros, como ya indiqué en Agradecimientos. Un seminario teórico introductorio sobre la técnica de Psicoterapia Breve Psicoanalítica (PBP) seguido de varios años de trabajo de supervisión de las psicoterapias realizadas con un grupo de psicoterapeutas de las cuales me hice cargo, y que formaba parte de un proyecto de investigación en Psicoterapia de Orientación Psicoanalítica (POP). Y finalmente, otros seminarios que he impartido sobre el tema, así como mi propia práctica con esta modalidad tanto en el ámbito público como en el privado.

a) Monografía «Elementos de Psicoterapia Breve Psicoanalítica»

El punto de partida arranca de la experiencia habida en un Centro de Salud Mental en el que tratamos de aplicar los fundamentos psicoanalíticos a una práctica psicoterapéutica a tiempo limitado y relativamente corta. Puesto que se trataba de una tarea poco frecuente en nuestro medio en ese momento, años noventa, acudimos a algunas referencias clásicas de orientación psicoanalítica, en especial M. Balint (1961, 1972) y D. H. Malan (1963, 1976 y 1979). Aunque dichos presupuestos teóricos fueron adaptados en función de nuestro modelo de concepción de la mente, algo diferente del de tales autores. Con esos elementos iniciamos una experiencia con pacientes del centro y la fuimos discutiendo entre nosotros. Como resultado de ello, al cabo de un tiempo, publicamos sendos trabajos sobre tres aspectos de la psicoterapia breve: I. Concepto (A. Pérez–Sánchez, J. Bermejo, M. Canals, 1987); II. Focalización (A. Pérez–Sánchez y M.

Anabitarte, 1987) y III. Tiempo y terminación (A. Pérez–Sánchez y R. Camón, 1987) que posteriormente reuní y amplié de lo que resultó la monografía *Elementos de Psicoterapia Breve Psicoanalítica* (1990). Agotada la edición de esta última y siendo un tema de interés para el trabajo de la asistencia en salud mental, en general, y particularmente en la pública, me plantée la posibilidad de recuperar la monografía. Pero al hacerlo encontré que, desde el momento de su publicación, había acumulado y registrado un considerable material y experiencia a partir de las otras fuentes citadas, por lo que me propuse reescribir la monografía, añadiendo estas últimas, teniendo que reestructurar la obra completamente. En cuanto a *Elementos de PBP*, incluyo la parte teórica redactada por mí, aunque bastante revisada, con desarrollos de aspectos no suficientemente tratados en aquella. Del material clínico expuesto en la monografía tan sólo recupero el de las psicoterapias que yo realicé.

b) Seminario y supervisión en un proyecto de investigación de Psicoterapia de Orientación Psicoanalítica (POP)

La institución[3] a la que pertenecía el Centro de Salud Mental en el que yo colaboraba propuso un proyecto de investigación empírica para evaluar la psicoterapia de orientación psicoanalítica focalizada y a tiempo limitado en la Asistencia Pública, que fue coordinado por E. de La Lama. A fin de unificar criterios y reducir las variables en lo que respecta al terapeuta, se consideró necesario que todos los psicoterapeutas participantes en la investigación asistieran a un seminario introductorio de un curso sobre PBP. Todos los profesionales ya eran psicoterapeutas, es decir, tenían una formación previa en el campo de la psicoterapia, en general. En una segunda etapa, tales psicoterapeutas iniciaron psicoterapias breves con pacientes de la asistencia pública la mayoría, junto a algunos de una institución privada, y se introdujo el criterio imprescindible de que los terapeutas supervisaran todos los casos incluidos en la investigación. Por mi parte[4], me ocupé de dirigir el seminario introductorio teórico así como de la supervisión de una de las instituciones que participaron en el proyecto y que incluyó a 18 psicoterapeutas, para lo cual organizamos dos grupos semanales de trabajo, que duró siete años. Otros psicólogos ajenos a los psicoterapeutas del seminario se hicieron cargo de las herramientas de medición de base psicodinámica. A fin de no interferir con cada proceso psicoterapéutico, las escalas propuestas se pasaban al principio, al final y al cabo de un tiempo de

finalizado el tratamiento. En el seminario de supervisión se procuró examinar cada psicoterapia con el máximo de frecuencia posible para ir conociendo el curso de la psicoterapia. Se revisaron todas las primeras entrevistas diagnósticas, de manera que el criterio de valoración e indicación de la PBP fuese homogéneo. Asimismo todas las psicoterapias que se encontraban en la etapa de terminación tenían prioridad de presentación en la supervisión. Igualmente tomamos en consideración destacada aquellos tratamientos en los que hubiera surgido alguna incidencia especial: amenaza de interrupción, acontecimiento externo traumático que complicara la vida del paciente o la estabilidad del encuadre, etcétera. Dicho proyecto tuvo lugar en varias Instituciones, como digo, donde se organizaron sendos seminarios, con terapeutas y directores diferentes. En esta obra tan solo me referiré exclusivamente al material recogido por mí en el grupo que yo coordiné. Obviamente, la versión aquí expuesta del material y su elaboración es de mi exclusiva responsabilidad. A fin de preservar la confidencialidad del material, cuando lo hago en extensión procuro adoptar las medidas habituales en estos casos, de evitar los datos externos que pudieran identificarlos, también eludo referirme al terapeuta concreto que los atendió, salvo cuando se trata de material mío. Tampoco me ocupo de la parte empírica de la investigación en la que no participé. E. de la Lama publicó un estudio sobre el consumo sanitario de pacientes, antes y después de la realización de la PBP (E. de La Lama y cols., 1994).

El método seguido en el seminario de supervisión que yo dirigí fue el siguiente: el terapeuta traía el material escrito de las entrevistas o sesiones, registradas lo más fielmente posible tras el encuentro con el paciente. Se entregaba una copia de este material a cada uno de los miembros del seminario. Una vez leído y discutido el material, los comentarios y sugerencias del supervisor y de los integrantes del grupo eran recogidos por uno de éstos. Cuando, en supervisiones siguientes, se volvía a revisar el mismo caso, se leían tales comentarios, para recordar las opiniones aportadas y las líneas de trabajo sugeridas, y rectificar, si fuera necesario, la fidelidad del registro con lo aportado en el seminario. Dicho procedimiento ofrecía ventajas. En primer lugar, el hecho de que el terapeuta trajera escrita la sesión, y con copia para todos, le obligaba a atenerse a lo allí registrado, y de esa manera comunicar la experiencia lo más fiel posible a cómo la había vivido. Se evitaba así la tendencia inconsciente a modificar sobre la marcha el relato de la sesión para encubrir deficiencias técnicas que en el curso del seminario se pusieran de manifiesto, o para, también sin clara conciencia de ello, entrar en complicidad con el

paciente pretendiendo disminuir la gravedad de su psicopatología, o todo lo contrario, dar la imagen de un paciente muy difícil. Ese esfuerzo y rigor en atenerse a lo que uno había observado en el paciente y en la relación con él, según lo registrado inmediatamente después de las entrevistas o sesiones, constituía también una buena fuente de aprendizaje para todo psicoterapeuta. Además, el registro de lo discutido permitía analizar si la(s) línea(s) de pensamiento sugerida(s) en un seminario encuentra(n) continuidad, o no, en el siguiente; y si ello depende de la evolución de la psicoterapia; o si hubo algún aspecto que el grupo dejó pasar por alto, lo que podía entenderse como que la contratransferencia del psicoterapeuta había sido compartida por el grupo de tal manera como para cegarse y no ver dicho aspecto.

Es precisamente ese procedimiento en el trabajo del seminario lo que me permitió la recogida de un rico material, que ahora considero valioso para tener en cuenta y así completar, ampliar y corregir lo que se inició con la monografía *Elementos de PBP*.

En cuanto a los pacientes procedentes de esta fuente, la Tabla 1 indica algunas estadísticas. Nos fueron derivados para psicoterapia *cincuenta y tres*[5] pacientes. En el caso del Centro de Salud Mental (asistencia pública), la derivación fue realizada por el neuropsiquiatra de zona, informado del proyecto, así como por el propio centro. En este último caso a través de las breves entrevistas de recepción que los trabajadores sociales realizaban y posteriormente discutían con el equipo cada vez que un paciente consultaba. Otra procedencia de los pacientes era el Centro Médico Psicológico de la FVB, por colegas de la propia institución. En esta tabla tan solo recojo los datos relativos a las psicoterapias que pasaron por mi seminario, como ya señalé.

Tabla 1. Pacientes revisados seminario

Pacientes		**Total 53**
No Indicados		9
Interrumpe Diagnóstico		9
Indicadas		35
Interrumpe proceso psicoterapéutico 5	Entre 1ª y 10ª sesión: 4	7
	Otros períodos: 15 (1), 34ª (1) y 42ª (1)	
Terminadas	Entre 11 y 15 m: 24	28
	Entre 6 y 9 m : 3	
	10 meses: 1	

Este es el significado que le doy a algunas de las expresiones utilizadas en la tabla, y que irán apareciendo a lo largo de la obra. *Interrumpe el diagnóstico*: cuando el paciente ha hecho al menos una entrevista en la que se ha contemplado la posibilidad de psicoterapia, pero no termina el proceso diagnóstico, es decir, interrumpe sin que se le haya indicado el tratamiento de elección. Se consideran entrevistas diagnósticas, los encuentros con el paciente para llevar cabo una exploración psicopatológica clínica y psicodinámica, así como la historia personal fundamental del paciente. En nuestra práctica, ello ha supuesto entrevistas de una hora de duración, y con un total de dos o tres, habitualmente, siendo menos frecuente las de mayor número. *Paciente no indicados para PBP*, cuando una vez realizadas las entrevistas diagnósticas se considera que el paciente no reúne las condiciones para una PBP, o el terapeuta, como ocurrió en alguna ocasión, no se sintió capaz de asumirlo. Al paciente se le hace otra indicación terapéutica. *Indicación de PBP*: realizadas las entrevistas diagnósticas el seminario valora que el paciente es subsidiario de PBP. *Interrupción del proceso psicoterapéutico*: cuando el paciente se le ha indicado PBP, ha iniciado el proceso terapéutico y al cabo de un tiempo lo interrumpe.

De los 53 pacientes, nueve interrumpieron el proceso diagnóstico, es decir, sin que se hubiera establecido aún la indicación terapéutica, aunque eran pacientes, como dije, en principio presumiblemente subsidiarios de ayuda psicológica, por lo que fueron derivados a los psicoterapeutas. No se indicó PBP a otros nueve, entre los cuales se hicieron otras indicaciones que incluyó psicoterapia de apoyo, psicoterapia psicoanalítica larga y psicoterapia de grupo. Es decir, se hizo la indicación de PBP como tratamiento de elección a *35* pacientes. De éstos, interrumpieron el proceso psicoterapéutico 7, por lo que terminaron todo el proceso, 28.

c) Otras fuentes de la obra

Además de los pacientes que formaron parte del proyecto de investigación que acabo de describir, he tenido en cuenta, también, las psicoterapias que llevaron a cabo profesionales psicoterapeutas del mismo centro, pero cuyo trabajo no se incluyó en la investigación. No obstante, con ellos también se realizó el mismo procedimiento de trabajo de supervisión descrito. Asimismo, he tenido en cuenta como fuente de experiencia clínica mi práctica privada con esta técnica. Aunque cuantitativamente mucho

menor que la recogida en la pública, tiene su importancia, en cuanto validar este procedimiento como una psicoterapia con sus indicaciones precisas, y no solamente como una manera de descargar la presión asistencial, como podría valorarse si sólo se tiene en cuenta el trabajo en la asistencia pública.

También ha contribuido a enriquecer la obra mi experiencia en la enseñanza de este tipo de técnica psicoterapéutica en seminarios, conferencias y supervisiones dados en diversos lugares.

2. Estructura y método de la obra

En primer lugar, expongo de manera detallada el modelo de la mente que subyace en el trabajo con PBP desde mi perspectiva, para lo cual lo contrasto con el que entiendo que alienta el material clínico de una psicoterapia breve realizada por un destacado psicoanalista, M. Balint (capítulo I). Describo luego los conceptos psicoanalíticos básicos aplicados a esta psicoterapia que me permitan ofrecer una definición de la PBP (capítulo II). Después tomo los elementos fundamentales en una PBP y los desarrollo teóricamente: indicaciones (capítulo III), focalización (capítulo V), la cuestión del tiempo y la terminación (capítulos VII y VIII, respectivamente). Además, dedico un capítulo a las intervenciones terapéuticas e interpretativas, para señalar las que son específicas de esta psicoterapia (capítulo VI). Hay un tema que no suele ser contemplado, hasta donde yo conozco, en los tratados sobre psicoterapia y es el de las deserciones de los pacientes. Bien sea en el mismo proceso diagnóstico, lo que trato en el capítulo IV, donde también incluyo aquellos que no se consideraron aptos para la PBP; así como los pacientes que interrumpieron el proceso psicoterapéutico una vez iniciado el tratamiento (capítulo IX). En ambos casos propongo hipótesis de la interrupción que podrían ayudar a prevenir situaciones similares con próximos pacientes.

Pero quiero destacar que toda esta exposición teórica está fundamentada clínicamente de manera profusa. Se ha tenido en cuenta una suficiente cantidad de ejemplos a fin de ilustrar facetas distintas, que aunque nunca se agotan, pues cada paciente ofrecerá siempre matices nuevos, pueden aproximar más a la realidad clínica.

Podría decirse que la obra se encuentra a medio camino entre un manual de psicoterapia breve, una exposición de la experiencia psicoterapéutica en el sentido narrativo de la misma, según el modelo del «caso único», pero teniendo en cuenta también la cantidad, el número considerable de psicoterapias realizadas. No es un manual puesto que las afirmaciones que se hacen respecto del tipo de procedimiento psicoterapéutico se procura que estén avaladas por la ilustración clínica, pero más aún, porque las conclusiones técnicas que aquí se aportan, en algunos casos pueden verse no tan sólo como ilustración o ejemplo de ese proceder técnico que «el manual» recomienda, sino que es la integración a la técnica de aspectos que la experiencia habida con los pacientes que pasaron por el seminario nos permite hacer; por ejemplo, uno de los hallazgos que podemos adelantar es que hay dos tipos de pacientes en los que se

consideró indicada la PBP: los que denominamos con *duelo patológico antiguo* (DPA) y los adultos jóvenes con una *adolescencia tardía* no resuelta (AT). De manera que el lector puede asistir a ese proceso necesario en el desarrollo de la teoría en psicoterapia y es que la aplicación de una técnica determinada nos lleva a modificaciones o ampliaciones de la misma. La obra tampoco corresponde al modelo del relato único, más propio del estudio profundo de un solo caso en las publicaciones psicoanalíticas. Y tampoco se pretende que sea una investigación empírica, aunque la experiencia está referida a un número considerable de psicoterapias.

De acuerdo con esa posición en que sitúo la obra, a medio camino entre el manual, lo empírico y el relato del caso único, también la manera de presentar el material clínico responde a una vía intermedia. Así, distingo tres niveles de material clínico. *Un nivel A*, donde expongo todos los casos recogidos en el seminario en una tabla que incluye brevísimamente un par de datos clínicos destacados, lo que justifica el foco y la indicación, no indicación o interrupción, según el caso. *Un nivel B* del material clínico en el que muestro un resumen de unos cuantos casos de la tabla, con explicaciones algo más detalladas. Y un tercer *nivel C*, en el que describo casos completos de psicoterapias realizadas con este procedimiento, desde las entrevistas de indicación hasta la terminación y las entrevistas de seguimiento posterior, cuando las hubo, en los casos que llegaron a término. En total, son siete los casos descritos de manera completa, distribuidos cada uno de ellos en los diferentes capítulos, según el aspecto que me interesaba destacar más. Los incluyo en aquellos capítulos más importantes, por significativos de la PBP, como son los referidos a las indicaciones (capítulo III), la focalización (capítulo V), el tiempo y proceso psicoterapéutico (capítulo VII), intervenciones terapéuticas (capítulo VI) y la terminación (capítulo VIII). Aunque, como se verá, la exposición de estos casos no se limita a mostrar el aspecto del material que ilustra el tema del que trata el capítulo, sino que se hace una extensa síntesis, desde el comienzo a fin. De esta forma se podrá tener una idea del inicio, curso y finalización de siete casos tratados en PBP, lo que permite observar cada uno de los aspectos técnicos en el contexto general de todo un proceso psicoterapéutico, y adquirir más sentido y coherencia clínica. Se advertirá que, algunos de los casos clínicos expuestos para ilustrar especialmente determinados aspectos técnicos, no siempre cumplen los requisitos «teóricamente» requeridos. Ello es intencional, a fin de mostrar la complejidad de la clínica, de manera que las orientaciones «teóricas» y «técnicas», deben tomarse

solamente como puntos de partida; un aspecto más, que aleja a la obra del modelo del «manual». Por otra parte, a lo largo del libro, con frecuencia establezco referencias comparativas a las condiciones técnicas de la psicoterapia psicoanalítica y el psicoanálisis, a modo de telón de fondo, que contraste el perfil de la técnica de la PBP. De esa manera, se pretende situar a la última en su especificidad así como retener su procedencia conceptual.

En la obra se encontrarán pues esquemas, resúmenes y tablas. En las publicaciones de ámbito psicoanalítico, tales artificios expositivos suelen ser poco habituales. Y se entiende que así sea, puesto que la complejidad de la mente desde la perspectiva psicoanalítica encuentra más posibilidades expresivas en la narración. Los esquemas y tablas tienen el riesgo de caer en un simplismo y mecanicismo que distorsione la realidad de la clínica. ¿Por qué usarlos, entonces?

Creo que al presentar tanto material clínico, hubiera sido excesivamente farragoso y aburrido si solamente hubiera ofrecido casos «relatados». Por otra parte, la panorámica de un conjunto de casos expuestos muy sintéticamente, lo que he denominado en el nivel A, permite una visión más extensa; que puede completarse con el estudio en «profundidad» de los casos del nivel C. En cuanto a los esquemas, ofrecen puntos de partida, más que conceptos o preceptos técnicos acabados. Son más bien como mapas de un territorio a una determinada escala, que sirvan de guía al lector para que se oriente sobre los criterios fundamentales (teóricos y técnicos) en los que se ha sustentado la PBP.

3. Aspectos a investigar

La revisión del material que ha proporcionado la confluencia de las diferentes experiencias señaladas nos permite indagar sobre una serie de cuestiones, invitando al lector a que haga lo propio. De manera que se trata de saber qué sucede con la propuesta de una técnica terapéutica, una vez puesta en práctica. Estas son algunas de las cuestiones que me han parecido más significativas:

a) La indicación de la PBP

Entendemos por indicación terapéutica la elección de un determinado tipo de tratamiento con una expectativa razonable de que el resultado previsible será proporcional a los esfuerzos desplegados tanto por el paciente como el terapeuta y a los logros conseguidos. Para que los factores considerados determinantes de la indicación tengan suficiente peso es necesario relativizar la importancia de otros que son menos favorables. Algunas cuestiones que cabe plantearse: ¿Qué tipo de relación de objeto (ansiedades y defensas) predomina en los pacientes que consiguieron acabar la PBP, y cuál en los que interrumpieron, o en los que no fueron indicados? Para ello nos resultará útil el concepto de indicadores, que ya propuse en otra parte (A. Pérez–Sánchez, 2006) y aquí adapto a la PBP.

Aún en el ámbito de las indicaciones conviene indagar la importancia del grado de motivación del paciente para la modificación del sufrimiento, en lugar de su evitación. Dicha motivación presupone un cierto grado de conocimiento de aquellos aspectos de la personalidad que contribuyen a generar o perpetuar el malestar. También nos interesa valorar la influencia de las circunstancias externas actuales desencadenantes de la descompensación psicológica, así como su reconocimiento por parte del propio paciente; la antigüedad de las mismas, así como la existencia de antecedentes no resueltos, conectados con ellas. Asimismo, considerar el grado de proporción entre el desencadenante y la reacción del paciente.

b) Importancia del tiempo y la focalización como factores específicos de la PBP

En cuanto al foco, nos preguntamos: ¿Es imprescindible la focalización para realizar una psicoterapia breve? ¿Qué grado de precisión del foco se requiere? En cuanto al tiempo: ¿Es suficiente el tiempo planteado en nuestra técnica para llevar a cabo un trabajo psicoterapéutico? ¿Limita, o por el contrario, estimula dicho trabajo, saber que se cuenta con un tiempo determinado? ¿Existe un tiempo óptimo para la psicoterapia breve? También conviene revisar la relación entre la duración de la psicoterapia y el tipo de intervenciones interpretativas.

c) Intervenciones terapéuticas prioritarias en PBP

En PBP, ¿podemos especificar algunas intervenciones terapéuticas, interpretativas o no, que sean prioritarias para alcanzar, no solo una mejoría clínica sino algún tipo de cambio psíquico?

d) Proceso psicoterapéutico en PBP

El concepto de proceso incluye, a mi entender, el desarrollo de una relación terapéutica entre paciente y terapeuta, con la suficiente duración y frecuencia en el encuentro de ambos como para que se desplieguen manifestaciones de la transferencia, independientemente de que sea interpretada o no. Los factores ya mencionados del foco, tiempo e intervenciones terapéuticas pueden ser estudiados desde la perspectiva del proceso. Es decir, qué modificación experimentan cada uno de estos factores según en qué momento de la psicoterapia se producen. También valorar el tiempo requerido para que se desarrolle un proceso así como las características de la terminación en PBP.

e) Influencia de la supervisión en el trabajo del terapeuta

Dadas las condiciones en que se llevaron a cabo muchas de las experiencias terapéuticas que describo en la obra, conviene estudiar la posible influencia de la supervisión y en qué sentido. ¿Resulta un marco suficientemente continente o por el contrario existe una exigencia superyóica persecutoria? ¿Se modifica la actitud del terapeuta para con su paciente y su comprensión del mismo, antes y después del trabajo de supervisión realizado en el seminario?

No pretendo dar respuesta a todas estas preguntas. Cada una de ellas justificaría un trabajo específico. Pero como aquí trato de ofrecer una visión de conjunto de la

experiencia del trabajo en psicoterapia breve, todas estas cuestiones se derivan del mismo. Tan sólo intentaré contestar algunas de ellas. El considerable material expuesto permite dejar abiertas una serie de posibilidades entre las cuales el lector tiene la opción de tratar de encontrar sus respuestas.

Capítulo I

Modelo de la mente y Psicoterapia Breve Psicoanalítica

Antes de mostrar mi idea de un modelo psicoanalítico de la mente me referiré a la aportación clínica de M. Balint sobre un caso de psicoterapia breve, y lo examinaré atendiendo al modelo que creo subyace para contrastarlo con el que me es habitual.

1. Las aportaciones de M. Balint

1.1. Consideraciones generales

El psicoanalista británico M. Balint realizó una considerable labor al introducir las aplicaciones del psicoanálisis al campo sanitario general. Fuera del ámbito psicoanalítico es sobre todo conocido por sus ya clásicas contribuciones al destacar los componentes psicológicos en la relación médico enfermo en medicina general, mediante su trabajo con médicos de cabecera (Balint, 1957; Balint y otros, 1966; Balint y otros, 1972). Pero también realizó alguna incursión en la psicoterapia breve, impulsando a un grupo de psicoanalistas, encabezados por D. Malan, a continuar la investigación en este terreno.

Previamente, y de manera sumaria, quisiera recordar los antecedentes más relevantes de las formas breves de tratamiento psicológico fundamentadas en la teoría psicoanalítica. Algunos (Orstein, en M. Balint, 1972) consideran el caso de Catalina tratado por Freud en una sola entrevista como la primera psicoterapia breve (Freud y Breuer, 1885). Teniendo en cuenta el concepto de psicoterapia de hoy día, como explicaré más adelante, parece abusiva tal consideración. S. Ferenczi (1919, 1920, 1925) primero, y F. Alexander y T. French más tarde (1946) propusieron intentos de abreviar el psicoanálisis pero a mi entender con unos resultados fallidos para ambos, el paciente y el psicoanálisis. Para el paciente, porque tanto la propuesta de la técnica activa (Ferenczi, 1919) como de las denominadas «actividades» por parte del terapeuta (Alexander, 1946) suponen una forma de manipulación de aquel, contrario al fundamento del psicoanálisis y toda psicoterapia psicoanalítica de contribuir al crecimiento del paciente dentro de los límites de la propia libertad que es capaz de tolerar. Y resultaron nocivos también para el propio psicoanálisis porque además de alejarse de sus presupuestos básicos, al proponer dichos tratamientos como alternativa de la práctica psicoanalítica, desposeía al psicoanálisis de su principal fuente de conocimiento que es el encuadre específico psicoanalítico.

M. Balint, por el contrario, y tal vez teniendo en cuenta estos antecedentes, no pretendió realizar un «psicoanálisis abreviado» sino que reconociendo la especificidad de los objetivos y encuadre propios del psicoanálisis, trató de encontrar otras formas de ayuda psicológica que incluyeran una comprensión psicoanalítica de ciertas posibilidades de cambio. De ahí su psicoterapia focal que examinaremos a continuación.

1. 2. M. Balint: el caso del Sr. Baker

La obra de Balint sobre el tema: *La psicoterapia focal* (Balint, 1985) se ocupa de la descripción, sesión a sesión, de un tratamiento completo. Es de destacar el esfuerzo, valentía y honestidad del autor al realizar esta publicación. La exposición del material clínico en detalle es lo que nos permite en psicoanálisis y psicoterapia comprender la teoría y técnica implícitas en el autor. De ahí que Balint nos brinde una excelente oportunidad para extraer las teorías subyacentes a su manera de conducir el caso y nos permita contrastarla con otras formas de comprensión, desde otra perspectiva teórica.

Además de sumamente ilustrativo, el caso presentado pretende ser «modélico», es decir, que acuñe un tipo de psicoterapia focal, el de la prestigiosa Clínica Tavistock de Londres, según reza en el subtitulo de la edición española, por lo que tiene una importancia mayor que el de la mera ilustración de un tratamiento individual. De ahí también la pertinencia de su revisión. Es de destacar el rigor y minuciosidad con que están expuestos, no solo el material del paciente sino las intervenciones del terapeuta, incluidas aquellas que fueron pensadas pero no formuladas.

Ciertamente, todo análisis de un material clínico tomado de una publicación, y tan extenso como éste, inevitablemente no deja de estar sujeto a parcializaciones y omisiones, por lo que el resumen que haré del caso no excusa la lectura del libro a fin de que el lector pueda también, a su vez, realizar una revisión del análisis que aquí se hace y contrastarlo con las propias concepciones teóricas.

El caso presentado por Balint trata de un hombre de mediana edad diagnosticado por el autor como «paranoia de celos, con carácter obsesivo y homosexualidad latente» (*op. cit.* p. 42). El paciente acude derivado por el médico de cabecera, con el apoyo de la esposa que le acompaña en la primera entrevista. Se plantea un doble foco. Primer foco: admitir y tolerar el triunfo sobre el padre y las figuras que lo representan (¿entre ellas el terapeuta?); segundo foco: «compartir a la mujer (del paciente) con una tercera persona, el terapeuta en la relación terapéutica» (*op. cit.* p. 40).

Tras las dos primeras entrevistas diagnósticas, el paciente propone hacer cuatro o cinco sesiones, a lo que el terapeuta responde ofreciendo entre diez y veinte, «a fin de ver qué le había ocurrido para que se desencadenaran las crisis de celos» (motivo por el que consulta) (*op. cit.* p. 39). El paciente no vuelve hasta al cabo de quince semanas, mediante solicitud de consulta urgente del médico de cabecera a instancias de la esposa,

angustiada por los continuos interrogatorios a los que la sometía el marido, por sus ideas obsesivas de base celotípica. Con esta conducta, el paciente pretendía verificar, siempre infructuosamente, si el amor de su esposa por él era mayor que el que pudo sentir por un antiguo novio.

Esta vez el terapeuta le propone sesiones semanales sin precisar por cuánto tiempo, para ver si esta ayuda sería suficiente o si habría que plantear un análisis o psicoterapia psicoanalítica larga. Realizan cuatro sesiones más, tras las cuales hay un intervalo de dos semanas por vacaciones del terapeuta. En la última de esas sesiones, el paciente pregunta si continuará viniendo una vez a la semana, a lo que el terapeuta responde que queda en sus manos la decisión, y dependerá de cómo se encuentre durante los próximos quince días. El paciente pregunta por la posibilidad de traer también a su esposa en la sesión posterior a las vacaciones para una entrevista conjunta, a lo que accede el terapeuta.

En esa sesión (la número 8), el paciente acude solo sin la esposa y le aclara al terapeuta, a petición de éste, que lo hizo así para no depender de ella. El terapeuta propone continuar el tratamiento «hasta consolidar los resultados alcanzados» (p. 64). En la sesión 9, el paciente habla del sentimiento de «soledad total» que asocia con experiencias de su infancia marcadas por la indiferencia del padre hacia él. El terapeuta le interpreta la dependencia respecto del padre y ahora respecto del propio terapeuta, dependencia que explica que haya aceptado el acercamiento homosexual durante su niñez y adolescencia (existieron algunas experiencias homosexuales con hombres mayores). El paciente asocia entonces un sueño: una serpiente se le sube por las piernas y reposa su cabeza amigablemente sobre ellas. El terapeuta anuncia el final del tratamiento para dentro de cuatro semanas, coincidiendo con una ausencia prolongada del mismo. A la sesión siguiente (la 10) el paciente se presenta con su mujer. La pareja muestra una idealización mutua. El autor observa que esta entrevista había estado programada para semanas atrás a fin de hablar de la terminación, pero se produce ahora sin que nadie (ni el propio terapeuta) hiciera comentario alguno sobre ello.

En la sesión 11, el autor expresa su confusión ante los nuevos descubrimientos de contenido celotípico del paciente a propósito de la posible atracción de su mujer por el antiguo novio. El autor comenta que duda si dar por terminada la psicoterapia cuando tan solo faltan dos sesiones, o si habrá de aceptar el fracaso y tendrá que derivarlo para un psicoanálisis. También se plantea si no han agotado el foco original (la rivalidad y triunfo sobre el padre) y el paciente está ofreciendo un nuevo foco: la relación con la madre y las

figuras maternas. Asimismo, el autor piensa que tal vez hayan terminado el trabajo y que el paciente esté atando cabos (no queda claro en el texto a qué se refiere Balint) y que el terapeuta, según confiesa, por falta de receptividad no se haya percatado de esa situación. En la sesión 12, el paciente solicita la posibilidad de que se le realice otro test de Rorschach, como al principio del tratamiento, para valorar los cambios habidos. El terapeuta accede y le propone además hacer algunas sesiones más a la vuelta de vacaciones, antes de pasarle el test.

La sesión 13 es la última de este primer período de tratamiento. El paciente vuelve con pensamientos obsesivos celotípicos preguntando si desaparecerán. El terapeuta confiesa que se asustó porque lo entendió como una demanda de psicoanálisis o de psicoterapia más intensa, lo cual no le parecía una propuesta práctica en vista de su enfermedad y de la lejanía geográfica para acudir a sesiones frecuentes. Además, tampoco le parecía adecuada esta posibilidad porque, tratándose de un paciente paranoide importante que había conseguido una relación de confianza con él, dudaba que consiguiera establecer dicha confianza con otro terapeuta. El autor comenta que podría haber interpretado en la transferencia la tendencia del paciente a atormentar a la gente, como estaba haciendo ahora en el tratamiento. Pero se abstiene. Además considera que la interrupción puede servir de período de prueba para ver si se mantiene lo conseguido en la terapia.

La sesión siguiente (la 14) tiene lugar una semana más tarde de lo previsto, debido a que el paciente se había tomado una semana de vacaciones justo cuando debía regresar, con lo que la interrupción acaba siendo de seis semanas. Vuelve diciendo encontrarse bien, que disfruta de la vida, y que se ha comprado un coche descapotable y rápido. Que ahora no siente ningún temor por el padre, sino pena o simplemente indiferencia. El terapeuta se muestra satisfecho y no hace ninguna interpretación.

En la próxima sesión (la 15), el paciente se presenta con la esposa, a petición de esta, preocupada por el retroceso clínico del marido. El terapeuta entiende esta actitud como un intento del paciente de llamar la atención y le interpreta la transferencia: la agravación de los síntomas debe ser, le dice, a causa de la terminación del tratamiento. En la sesión 16, inesperadamente de nuevo el paciente acude acompañado de la esposa, aunque el terapeuta propone acabar la sesión con él solo. Interpreta también la transferencia en cuanto que la recaída parece ser una protesta por tener que abandonar una relación que significa tanto para él. El paciente responde asociando que la madre se está volviendo vieja y tiene miedo de que vaya a enloquecer. Luego se refirió al padre, con el que dice

mantener una relación de bastante indiferencia. Ante la propuesta del terapeuta de la posibilidad de continuar el tratamiento, el paciente responde que no necesita más apoyo de momento y muestra su agradecimiento.

M. Balint considera que se han cumplido los objetivos propuestos. El primer foco: aceptar que es el ganador, que ha vencido a otros hombres, incluyendo al padre, y que al mismo tiempo puede llevarse una buena imagen del terapeuta. En cuanto al segundo foco: compartir a su mujer con un tercero, se consiguió simbólicamente en las dos últimas entrevistas, al acudir ella a las mismas.

Transcurridas siete semanas, el médico de cabecera de nuevo solicita visita para el paciente. Éste acude con la esposa, exigiendo del terapeuta que antes se entreviste con ella a solas, a lo que éste accede. Se ha reagudizado el estado paranoide con ideas celotípicas que le llevan a continuos interrogatorios torturantes para la mujer. Se le propone iniciar una nueva etapa de tratamiento, intensificando la frecuencia de las sesiones a dos por semana.

Dos sesiones después —la 19—, el paciente se presenta con un amigo íntimo conocedor de la situación, quien deseoso de colaborar viene a aportar algunas sugerencias sobre el paciente. En la sesión 20 acude con la esposa, para sorpresa del terapeuta, con la idea de aclarar entre los tres sus insistentes dudas sobre la autenticidad del amor de ella para con él. El terapeuta responde con firmeza para poner límite a esa tendencia torturante del paciente. En la siguiente, el paciente acude solo, pero es una sesión apática y distante, precisa M. Balint. El terapeuta le señala sus sentimientos de inferioridad respecto de varias figuras masculinas, incluida la del terapeuta. El paciente responde que es así y que le resulta extraño haber superado al padre así como al antiguo novio de su mujer. Muy perspicazmente, Balint comenta: «a mí no me incluyó». Al final de esta sesión conciertan que después de la próxima pasarán a una sesión semanal de nuevo, para terminar el tratamiento antes de la próxima marcha del terapeuta.

En las cinco sesiones siguientes no se habla de la «interrupción» inminente del tratamiento durante dos meses, a causa del terapeuta. En la sesión 26, anterior a dicha interrupción, únicamente se menciona el hecho para concertar una visita a la vuelta del terapeuta. Durante estas últimas sesiones el paciente muestra un bienestar, dice, como nunca había experimentado. La sesión 27, de vuelta de la interrupción, será la última de la psicoterapia. El paciente se presenta de nuevo con la esposa, como cada vez que ha habido una interrupción previa. Dicen ambos que persiste el estado de mejoría del

paciente, y éste considera que es debido a que, ante otro de sus interrogatorios, ella le había respondido que si bien estuvo enamorada del antiguo novio durante su ausencia, cuando él volvió, ella recuperó su amor por él, y esto fue lo que le dio la tranquilidad. El médico de cabecera le había recetado un hipnótico y le aconsejó que quizá no fuera conveniente profundizar más en sus problemas, y lo adecuado sería terminar la psicoterapia. Le trasmite esta propuesta al terapeuta quien la acepta, dejando abierta la posibilidad de volver si lo necesitara.

Al comentar esta última sesión, Balint dice que la decisión del paciente de interrumpir el tratamiento pudo estar influida por: a) la ausencia inminente del terapeuta; b) la influencia del médico de cabecera, así como por c) los logros terapéuticos conseguidos. En cuando al segundo factor, dice que parece que el médico de cabecera había perdido la confianza en el tratamiento durante el último período.

1.3. Comentarios al caso del Sr. Baker y al modelo de la mente implícito

Al revisar este caso, lo que me interesa mostrar es que una determinada concepción del funcionamiento mental y de las relaciones humanas da lugar a una práctica psicoterapéutica diferente de la que es posible con otros modelos teóricos, aún dentro del ámbito psicoanalítico. Por lo tanto, es desde otro punto de vista del sustentado por M. Balint que trataré de comprender el material clínico. Y es por ello, que al resumir el caso he escogido aquel material que permita una determinada línea de reflexión desde la perspectiva que sostengo.

Las cuestiones que me interesan destacar son las relativas al encuadre, a la transferencia y a la focalización. Toda la experiencia terapéutica dura un año y tres meses, con un total de 27 sesiones, incluidas las dos entrevistas diagnósticas. El ritmo de las sesiones ha variado: un primer período de una vez a la semana, un segundo de dos, para pasar al tercer período de una sesión semanal de nuevo, con una última sesión realizada tras dos meses de interrupción y en la que se decide dar por terminado el tratamiento, a propuesta del paciente. Durante este tiempo se han producido tres interrupciones, además de la previa a la última sesión. Las interrupciones han sido: entre la 8ª y 9ª sesión (quince días); entre la 13ª y 14ª (seis semanas); entre las 16ª y 17ª (siete semanas); y entre la 26ª y la 27ª (dos meses).

Me interesa examinar lo que sucede en las sesiones realizadas en torno a dichas interrupciones. En primer lugar, es de señalar que el planteamiento del terapeuta respecto del encuadre terapéutico en lo que se refiere al tiempo de duración del tratamiento siempre estuvo abierto y supeditado a la decisión del paciente. La única propuesta firme del terapeuta es la que ofrece al comienzo de realizar entre 10 y 20 sesiones, como alternativa a la del paciente de tan solo 4 o 5. Parece que esta es la única vez que el terapeuta no acepta la propuesta de encuadre del paciente, mientras que sí admite todas las demás relativas al *setting* y sin ser interpretadas. A mi modo de ver, cabe entender tales propuestas del paciente como maniobras defensivas, mediante ataques al *setting*, y, por tanto, a la relación transferencial; su aceptación por parte del terapeuta sin interpretación la vería como una «alianza» —inconsciente— del terapeuta con el paciente, es decir, una colusión de ambos contra el tratamiento.

Así, cuando en la sesión séptima, previa a la primera interrupción, el paciente pregunta al terapeuta si luego continuará viniendo semanalmente, éste deja en manos de aquel la decisión a la vuelta de los quince días, en función de cómo se encuentre. Además, también accede a la petición del paciente de venir con la esposa. Al parecer, el Sr. Baker no se siente capaz de hacer frente a esta separación, por lo que implica de enfrentar solo la relación con la esposa con quien, recordemos, vivía un serio conflicto de celotipia. En mi opinión, como las ansiedades de separación no fueron tratadas en las sesiones previas a la interrupción, y además eran tan próximas al comienzo del tratamiento, hizo necesario, al retomarlas, que el paciente acudiera con la esposa, como una garantía de cierto freno ante su propia reacción agresiva frente al terapeuta. Otra cuestión que no se ha tenido en cuenta, porque no queda incluida desde la perspectiva teórica del autor, es lo que la esposa puede representar de aspectos disociados y proyectados del paciente. De ahí, también, surgió la necesidad de traerla a la vuelta.

En la octava sesión, en contra de lo acordado, el paciente viene solo, aduciendo que así trataba de independizarse de la esposa. Sin embargo, cuando en la novena sesión se le anuncia el final del tratamiento para cuatro sesiones después, coincidiendo con que el terapeuta tomará unas vacaciones, el paciente necesitará venir acompañado de la mujer de nuevo, sin avisar previamente, lo que el terapeuta acepta, al menos durante la primera parte de la sesión. Además, dicha aceptación es intencional, pues es acorde con uno de los focos escogidos por el terapeuta: que el paciente comparta simbólicamente a su mujer con una tercera persona. Desde mi perspectiva, cabe entender la situación como una

actuación del paciente (el venir con la esposa, sin avisar) en la medida que no pudo tolerar la ansiedad que le despertó el anuncio de la terminación del tratamiento. Ansiedad que no fue recogida, es decir, interpretada; de ahí la inevitable actuación que tampoco fue interpretada, pues, al contrario, fue considerada expresión positiva del logro de una de las áreas focalizadas. Más adelante volveré sobre la focalización.

Desde la perspectiva de la ansiedad ante la separación, estas sesiones previas a la interrupción, además considerada por el terapeuta como un posible final, pueden comprenderse de otra manera. Así, se entiende el retroceso clínico del paciente que, según advierte el propio terapeuta pero no interpreta, parece que tenía la finalidad de torturarlo a él mismo, como reacción vengativa, al sentirse abandonado cuando el paciente sigue necesitando de ayuda. La demanda de un test que hace el paciente podría entenderse como una petición más genérica de ayuda, lo que parece que es intuido por el terapeuta al ofrecerle unas sesiones más a la vuelta. Pero como el propio Balint reconoce, tal demanda le asusta, porque no se encontraba con las condiciones de encuadre adecuado para responder a las mismas en un paciente tan grave.

Da la impresión que el terapeuta se tranquiliza a sí mismo al calmar al paciente mediante el aplazamiento de la decisión de terminar después de la vuelta, a la espera de los resultados de cómo el paciente tolerará la separación, como una prueba que le permitirá valorar la consistencia de lo conseguido en el tratamiento. Pero Balint no parece muy convencido de ello cuando contempla la posibilidad de derivarlo a un tratamiento más intenso que es lo que necesitaría. Aunque enseguida piensa que no lo ve viable por varias razones. Una, porque no parece que el paciente pudiera cumplir con las exigencias del encuadre necesario para ello, como una mayor frecuencia de sesiones, dadas las dificultades de desplazamiento; pero otra razón que aduce el terapeuta, y que me parece significativa, es la de que difícilmente el paciente aceptaría la derivación a otro profesional dada la confianza conseguida con él. De manera que el terapeuta se encuentra en un dilema contratransferencial. De una parte, quiere dar por terminado el tratamiento ahora con su marcha y, aunque tiene dudas de que el paciente esté en condiciones, pues necesitaría un tratamiento más largo si fuera viable, lo que debe generar algún sentimiento de culpa por dicho «abandono»; por otro lado, al haber trabajado en base a la transferencia positiva exclusivamente, cabe la posibilidad de que la transferencia negativa disociada sea dirigida al próximo terapeuta al que se derive el paciente, según teme el propio Balint.

La reacción del paciente a la vuelta de las vacaciones puede entenderse de carácter más bien maníaco: retrasa la vuelta a las sesiones, tomándose él una semana más, como si con ello indicara que puede prescindir del terapeuta cuando quiera; o que el paciente no es menos que el terapeuta, en el sentido que si éste se toma cinco semanas de vacaciones, él se toma seis. Esta actitud de autosuficiencia y triunfo parece confirmada por el material clínico (sesión 14) en el que dice sentirse bien y es capaz de disfrutar de la vida. ¿Cómo es posible semejante mejoría en un paciente tan grave, precisamente después de seis semanas de ausencia de tratamiento? Esta reacción maníaca, ¿no se tratará más bien de una huida hacia la «salud»? Pero queda más evidente aún en el hecho de que se ha comprado un coche veloz, y al decir que ya ha superado su temor al padre, sintiendo ahora más bien pena o indiferencia por él. Obviamente, cabe preguntarse si también respecto del terapeuta.

Desde la perspectiva de las ansiedades de separación con que estoy analizando el material, sorprende que el terapeuta no haga ninguna interpretación sobre este último, y que incluso llegue a sentirse satisfecho por la reacción del paciente. Quizá porque se había temido lo peor, tal y como quedaron las cosas antes de la interrupción.

Pero dicho bienestar dura muy poco, lo que se entiende desde la línea de reflexión que estoy desarrollando. En efecto, al cabo de dos sesiones, el paciente vuelve acompañado de la esposa. ¿Responde ello a la necesidad de que sea la mujer quien comunique todo el malestar y sufrimiento del paciente, que el terapeuta no captó tras la defensa maníaca, para encubrir su desesperación ante la inminencia de la terminación? Es entonces cuando Balint interpreta la transferencia al relacionar la reagudización de los síntomas con la terminación del tratamiento. Pero parece que eso no es suficiente porque el paciente responde que las figuras paternas (incluidas en ellas las del terapeuta) son inservibles: la madre vieja de la que teme que se vuelva loca (¿es por temor a volverse loco también el terapeuta por lo que ha de terminar este tratamiento? podría ser la fantasía del paciente.), y por otro lado, la figura del padre con quien mantiene una actitud de indiferencia (el terapeuta, ha sido vencido y, por lo tanto, ya no le sirve). De acuerdo con esta reflexión, no sorprende que el paciente no acepte la propuesta del terapeuta de continuar el tratamiento, argumentando que ya no necesita más ayuda, y mostrando incluso su agradecimiento por él, en la medida que ha quedado disociada y no interpretada la transferencia negativa.

De todo ello el autor extrae la conclusión de que se han cumplido los objetivos terapéuticos propuestos, consistentes en que el paciente acepte ser el ganador frente a otros hombres, incluido el padre (y el terapeuta, podemos añadir) que era el primer foco. Conclusión sorprendente desde la perspectiva que lo estoy considerando, de las ansiedades de separación, pues como hemos visto, más bien cabría entenderlo como una reacción de triunfo maníaco. En cuanto al hecho de que el paciente se presente con la mujer es considerado por el terapeuta como el logro del segundo foco propuesto, el de compartir a la mujer con un tercero, en este caso el terapeuta. Sin embargo, como yo lo entiendo, lo vería más bien como un *acting–out* del paciente ante la intolerancia por la terminación del tratamiento, como he dicho, como una maniobra defensiva de que sea la esposa quien asuma las quejas del malestar que él no se atreve a mostrar al terapeuta. Esto último, hace pensar que bajo la imagen de cordialidad que es percibido el terapeuta debe existir otra imagen temida ligada a la transferencia negativa disociada, y por lo tanto no resuelta.

A instancias del médico de cabecera, el paciente vuelve en un estado de empeoramiento. Balint lo entiende como expresión de no haber tolerado vencer al oponente. ¿No será que el propio Sr. Baker no ha podido hacer la demanda, ya que no ha quedado un predominio de transferencia positiva de la relación terapéutica, sino de la negativa? ¿No podría también comprenderse esta transferencia negativa como que al fracasar la defensa maníaca, frente al sentimiento de culpa por la desvalorización del terapeuta, al convertirlo, como a los padres, en un figura vieja, incapacitada, que le inspira más bien pena e indiferencia, es sentido como persecutorio? Sin embargo, la respuesta del terapeuta al intensificar el tratamiento, incluso, aumentando las sesiones a dos por semana, muestra que es suficientemente fuerte y no débil, como el paciente pudiera desear y temer al mismo tiempo.

Creo que el hecho de venir acompañado por alguien en algunas sesiones muestra la necesidad del paciente en depositar en la mujer, primero, y en el amigo, después, la responsabilidad de enfrentarse a un terapeuta con el que hay tantos problemas. Así, el amigo viene a «aconsejar» al terapeuta sobre ciertas medidas que debería tener en cuenta con el paciente, poniendo implícitamente en entredicho la capacidad terapéutica de aquel, queja que el paciente no puede asumir y expresar directamente. No extraña, pues, que durante todo el tratamiento predomine un clima de cordialidad, es decir, de transferencia

positiva, aún tratándose de un paciente paranoide, precisamente en la medida que toda la negativa queda disociada.

Tampoco se aclara si la inmediata interrupción de dos meses será un paréntesis o la terminación definitiva del tratamiento, ni siquiera en la última sesión (la 26) antes de la interrupción. A la vuelta, la sesión 27, el paciente viene de nuevo acompañado de la esposa, como cada vez que se ha producido un corte en el tratamiento. Pero de manera sorprendente manifiesta una mejoría clínica que justificaría, de acuerdo con el médico de cabecera, la terminación del tratamiento, pues «no habría necesidad de seguir profundizando en sus problemas». El propio Balint comenta que entre las razones de dicha decisión parecía estar la pérdida de confianza del médico de cabecera en la psicoterapia. Es decir, una vez más, el paciente no puede asumir la responsabilidad de la queja por la pérdida de confianza en el terapeuta debiendo delegarla, ahora en el médico de cabecera.

Es indudable la habilidad técnica y capacidad terapéutica del autor para manejarse con un paciente sumamente difícil. Por ello, lo que se pretende con esta revisión, no es poner en tela de juicio dicha capacidad en Balint, sino la posible generalización de la técnica para una psicoterapia focal, que pueda considerarse modélica, como explícitamente se dice en el subtítulo de la edición española. Carácter de modelo que viene avalado no tan sólo por la firma del primer autor, sino por una institución prestigiosa en el ámbito psicodinámico, la Clínica Tavistock de Londres.

Balint guarda fidelidad a su conocida actitud técnica de ser receptivo a las «ofertas» del paciente, como recomienda a los médicos de cabecera. Pero, como he tratado de mostrar, tal actitud en el marco de una psicoterapia puede constituir más bien la aceptación de *acting–outs* del paciente para evitar el *insight* de algo que resulta doloroso, lo que comporta una colusión del terapeuta.

La flexibilidad en la técnica es algo necesario para atender la demanda específica de un paciente, sobre todo cuando se trata de patologías graves, y puede ser la única manera de preservar un vínculo asistencial con el paciente. Creo que eso es lo que sucede con una serie de cambios que introduce el autor: variación en la frecuencia de sesiones, aceptar la presencia de la mujer en algunas, dejar abierta la duración del tratamiento, e incluso la fecha de finalización cuando estaba a punto de terminar, etc. Todo ello me hace pensar que nos encontramos frente a lo que yo denominaría una «situación terapéutico–asistencial» más que una psicoterapia propiamente, en la que se trata de mantener una

continuidad de la relación terapéutica, para lo cual se irán introduciendo modificaciones en el encuadre en función de las necesidades. Pero creo que es diferente del encuadre específico de una psicoterapia focal, como yo lo entiendo y veremos más adelante. Así que mi sugerencia es que lo que se describe en el caso del Sr Baker estaría más cerca de lo que podemos denominar un *proceso terapéutico–asistencial*, que un auténtico *proceso psicoterapéutico*.

En mi opinión, incluso en una psicoterapia breve, para que se desarrolle un proceso psicoterapéutico, me parece necesario establecer claramente unas condiciones de encuadre. Y toda modificación que nos viene dada por el paciente debería acompañarse de una imprescindible clarificación e interpretación, para luego aceptarla o no, según que vaya a favor o en contra del proceso. Ello es bien diferente del proceso «asistencial», donde las «ofertas» del paciente (graves) y el entorno inmediato han de ser más ampliamente aceptadas.

Desde esta perspectiva, de la consecución de un proceso psicoterapéutico, el establecimiento y mantenimiento del encuadre es una cuestión que compete de manera especial a la responsabilidad del psicoterapeuta. Es decir, que aunque contamos con la colaboración del paciente, también cabe que por su psicopatología haya momentos en los que trate de alterar o introducir modificaciones del encuadre, lo que requiere del terapeuta que comprenda de dónde procede dicho intento para interpretarlo. Por ello, me parece discutible la argumentación que da el autor de las actuaciones del paciente en el sentido de alterar las condiciones de encuadre, como traer a la mujer sin previo aviso, aduciendo que ello «le permitiría hacer descubrimientos por sí mismo». Creo que tales actuaciones en las que el paciente evita asumir la responsabilidad de la sesión, como en este caso al pretender que lo haga la mujer, corresponde al terapeuta la responsabilidad de clarificar el porqué de las mismas a fin de ayudar al paciente a comprender lo que está sucediendo. También incluyo en la responsabilidad del terapeuta la duración del tratamiento, no dejándolo exclusivamente en manos del paciente, como hemos visto aquí.

De todas formas, para comprender mejor la obra de M. Balint sobre la psicoterapia focal, habrá que considerarla en el contexto de otros trabajos suyos de aplicación de las ideas psicoanalíticas. Como es sabido y ya mencioné, Balint realizó una importante labor en el campo de los médicos de cabecera. Esta considerable experiencia quedó recogida en su ya clásico libro de 1957, *El médico, su paciente y la enfermedad*. Posteriormente,

realizó (en colaboración con Enid Balint) una elaboración teórica de la técnica utilizada en psicoterapia médica: *Técnica Psicoterapéuticas en Medicina* (M. y E. Balint, 1961).

La conclusión que puede extraerse de la consideración conjunta de estas obras, junto a la de psicoterapia focal, es que M. Balint parece sentirse más cómodo en aquellas que en esta última. Es decir, en la medida en que pretende «aplicar» el psicoanálisis a una modalidad de psicoterapia que no sea la de larga duración, sino más limitada en sus objetivos parece entrar en una contradicción. Por una parte, resulta «demasiado» psicoanalítico en cuanto a la comprensión del contenido, tratándose de una psicoterapia limitada (en el tiempo y los objetivos). Así, al considerar la homosexualidad latente como una cuestión subyacente central, plantea como objetivo terapéutico el conseguir que el paciente acepte triunfar en la rivalidad derivada de ello ante la figura parental, así como el poder compartir la esposa simbólicamente con el terapeuta. Por otro lado, tal vez por un exceso de prudencia se ha evitado un encuadre sistemático para que no se aproximara demasiado al de una psicoterapia psicoanalítica de larga duración, y menos aún al de un psicoanálisis, y evitar confundir entonces la psicoterapia focal con éstas. Pero, como hemos visto, se hace de tal forma que se dejan de considerar cuestiones que me parecen básicas desde una perspectiva fundamentada en principios psicoanalíticos, como es la de establecer un encuadre específico, en este caso para la psicoterapia breve y focal.

Por el contrario, en mi opinión, M. Balint se muestra «más psicoanalítico» en la obra anterior, *Técnicas Psicoterapéuticas en Medicina*, (*op. cit.*). Al menos desde la perspectiva que explicaré más adelante al hablar del modelo de la mente. Aunque parezca paradójico, dicha obra está desprovista de «comprensiones psicoanalíticas» pretendidamente profundas, en la medida que no se utilizan descripciones con terminología psicoanalítica, como es el caso en *Psicoterapia focal*. En esta última, tales comprensiones parecen más bien esquemáticas, y aunque se insiste en la necesidad de que toda interpretación ha de ir acompañada del componente emocional para ser efectiva, del material se desprende que resultan un tanto intelectualizadas, en ocasiones. Pero precisamente por eso, por forzar demasiado la descripción en términos de lo que se supone es una «comprensión psicoanalítica». En las obras relativas a su trabajo con los médicos de cabecera, en cambio, su actitud es la de estar cerca de la clínica, de lo que el paciente «ofrece» y el terapeuta responde. Y es eso precisamente lo que, hoy día, entendemos como la mejor descripción de los dinamismos inconscientes, y no tan solo en los pacientes orgánicos de los médicos de cabecera, sino en los atendidos en psicoterapia.

Además, la obra *Psicoterapia focal* me parece que adolece de la falta de otros elementos psicoanalíticos posibles de aplicación en una psicoterapia aún con las limitaciones propias del *setting* que ofrece la focal. Y esto es así en el sentido de que, al enfatizar una postura receptiva en el terapeuta y de crear un clima facilitador para el paciente, estimulando la transferencia positiva, creo que se descuidan otros aspectos de la contención como son el detectar y mostrar las ansiedades de separación y las defensas correspondientes, así como el reconocimiento de la transferencia negativa, en particular la ligada a las mismas.

Da la impresión que la actitud técnica del autor de *Psicoterapia Focal* es una especie de compromiso derivado de dos factores. Por un lado, el Balint en su experiencia como psicoanalista; y, por otro, el Balint que realiza la experiencia con médicos de cabecera. Pero parece que no hubiera escogido lo mejor de cada una de tales experiencias. Tal vez, como decía, por esa prevención en evitar que se pueda malentender que con la psicoterapia breve se está pretendiendo una especie de psicoanálisis abreviado. Así, de la experiencia como psicoanalista toma el trabajo interpretativo «profundo» que, tal vez resulta demasiado esquemático e intelectual, no apreciándose las posibilidades de elaboración por el paciente. Del trabajo con médicos de cabecera escoge la actitud flexible de aceptar las ofertas del paciente lo que, como he señalado, en el marco de una psicoterapia puede suponer un riesgo de entrar en colusión con aquel, al no clarificar lo que en dichas modificaciones del encuadre hay de *acting–out* del paciente.

Por ello, parecería más recomendable para el psicoterapeuta de orientación psicoanalítica el estudio de *Técnicas psicoterapéuticas en medicina*, aunque lo que sistematiza en esta obra es una «psicoterapia para el médico», que *Psicoterapia focal*, a pesar del primer subtítulo de esta última en la versión española, «una psicoterapia breve para psicoanalistas», como ya mencioné. Con respecto a «la psicoterapia para el médico» habría que decir unas palabras. Puede dar la engañosa impresión de que se trata de una actividad de fácil aprendizaje. El mismo Balint lo advierte (Balint, 1961) cuando dice que tantas instrucciones que aporta en su libro sólo pueden seguirse *si ya se sabe cómo ejercitar esta destreza* (cursiva mía). Parece una contradicción: ¿cómo se puede aprender algo si para ello se necesita tener un aprendizaje previo? La explicación consiste en que se está refiriendo a un tipo de aprendizaje particular no exclusivamente intelectual, sino que comporta un componente emocional básico. Es lo que Bion ha denominado «aprendizaje a través de la experiencia» (Bion, 1963). De ahí el método que propuso

para aprender esta técnica y que hoy conocemos con el nombre de «Grupos Balint». De manera que para alcanzar esa «sencilla profundidad» se requiere de una dilatada experiencia. Pero tanto o más aún si se pretende llevar a cabo una psicoterapia, y no tan sólo tener en cuenta los aspectos psicológicos de la práctica médica. Pues en ese caso se trata de una actividad específica que requiere del especialista psicoterapeuta una formación determinada.

Por eso, hablar de «la psicoterapia del médico de cabecera» puede dar lugar a confusión, tanto para los propios médicos, como los psicoterapeutas y los pacientes, en la medida que el concepto de psicoterapia queda demasiado difuminado. De ahí la necesidad de precisar qué se entiende por psicoterapia, como haré en el próximo capítulo.

En cuanto a la obra de Malan (1963), referencia importante en la aplicación del psicoanálisis a la psicoterapia breve, no es posible hacer un análisis clínico tan exhaustivo como en el trabajo de Balint, debido al enfoque estadístico de sus estudios, donde la exposición del material clínico se hace de manera muy resumida y esquemática. No obstante, se pueden detectar unas directrices generales. Así, la comprensión del paciente está referida al nivel edípico, puesto que se considera que los niveles pregenitales no serían susceptibles de tratamiento en el *setting* de la psicoterapia breve. De ahí que no se contemple, al igual que Balint, la interpretación de las ansiedades de separación, más ligadas a la relación dual. Pero a diferencia del último, Malan propone un encuadre más establecido desde el comienzo, como es, por ejemplo, fijar el tiempo de duración del tratamiento, y en una obra posterior (Malan, 1976) recomienda que se informe al paciente desde el inicio.

2. Un modelo psicoanalítico de la mente[6]

Para la comprensión de la vida mental, desde la perspectiva psicoanalítica, es fundamental la idea de que el individuo se encuentra en relación con su entorno, desde que nace. Que dicha relación permite que las fuertes tensiones y necesidades que surgen desde dentro del individuo puedan exteriorizarse y encontrar alguien fuera, personas, u objetos en la terminología psicoanalítica, que puedan aliviar o satisfacer aquellas. Freud nos habla de la necesidad del individuo de deshacerse de aquellas tensiones que causan displacer, y el mecanismo de la proyección es central para ello. Esto se entiende si tenemos en cuenta que la lucha que se libra en el interior del individuo, sobre todo en los comienzos de su vida, tiene lugar entre las fuerzas de vida y las fuerzas destructivas, cuando éstas amenazan con desequilibrar o aniquilar su existencia. En este sentido, cualquier trauma o enfermedad vivida durante esos primerísimos años es experimentado como la expresión de fuerzas destructivas, que en última instancia pueden ser vividas como fuerzas que llevan al caos, a la aniquilación, y destrucción total del individuo (sensaciones que podemos denominar como ansiedades catastróficas o de aniquilación). Se ha de tener en cuenta, además, que en esos momentos, la mente del pequeño tiene una organización muy frágil e incipiente, y, por tanto, su capacidad y fortaleza para tolerar tales ansiedades son muy precarias. Por lo que la necesidad de deshacerse de esos estados es imperiosa. El niño que llora con desesperación, no solo reclama la atención de la madre, sino que es una manera de transmitirle a ésta el estado de desesperación en que se encuentra, para que ésta lo viva, lo que sería una manera de poner fuera tales vivencias de muerte.

Melanie Klein introdujo el término identificación proyectiva (Klein, 1946) para ese fenómeno que acabamos de describir entre el niño pequeño y la madre o persona a su cuidado. Y que tiene su correlato en la situación clínica en la relación entre paciente y terapeuta, cuando el paciente trata de «deshacerse» de todo, o bastante, de lo que considera como indeseable de su persona, «depositándolo» en la figura del terapeuta. A fin de cuentas, como señala Bion, se trata de un tipo de comunicación, aunque muy primitivo. Es de carácter inconsciente, y se transmite sobre todo por las vías no verbales de comunicación: los gestos, el tono y timbre de voz, la actitud, toda la conducta, en definitiva.

La idea de la identificación proyectiva ha sido un concepto muy fecundo que ha dado lugar a desarrollos, por otros autores, tanto para un mejor conocimiento de la vida mental, como de la técnica psicoanalítica y psicoterapéutica. Uno de los autores que ha conseguido ahondar en el mismo de una manera más creativa ha sido el ya citado W. Bion (Bion, 1962). Este psicoanalista inglés, a través del estudio de pacientes psicóticos esquizofrénicos y, basándose en las ideas de M. Klein, ha aportado los elementos para la comprensión de un modelo de la mente. Para que el individuo pueda desarrollar una capacidad de pensar los contenidos de su mente, necesita «aprender mediante la experiencia». Ello es posible a partir de las primerísimas relaciones, cuando se establece esa modalidad de comunicación primitiva que es la identificación proyectiva. Por tanto este «mecanismo» deja de ser, según Bion, tan sólo una defensa, para constituirse también en un modo de relación; además, imprescindible para dar lugar a una mínima organización de las primeras experiencias, en colaboración con el objeto con quien se establece esa comunicación. Lo que el individuo intenta comunicar por esa vía, como hemos dicho, es aquello que le resulta insoportable e intolerable. Y necesita del objeto para que reciba esas proyecciones. Una cuestión importante es el destino y evolución posterior de tales proyecciones. Si el objeto es suficientemente capaz para recibir y tolerar las experiencias proyectadas sobre él, podrá retenerlas el tiempo suficiente para asimilarles y transformarlas en contenidos menos intolerables, de manera que pueda devolverlas luego al individuo, para que éste pueda, a su vez, tolerarlas.

Lo que acabo de describir constituye el modelo continente/contenido de la mente, a partir de las ideas de Bion. El otro concepto que introdujo este autor es el de la relación existente entre los dos estados o posiciones descritos por Klein, los denominados posición esquizoparanoide (Klein, 1946) y posición depresiva (Klein, 1935). Bion representó la relación entre ambos con la siguiente grafía, Ps←→D, (Bion, 1962). Digamos que tal relación supone un equilibrio inestable entre una posición →Ps y la otra →D. Muy resumidamente, diría que la posición esquizoparanoide, o simplemente →P, designa aquellos estados de la mente con una tendencia a la escisión y fragmentación de la experiencia; mientras que la posición depresiva, o →D, por el contrario, implica la tendencia a la integración, unión y articulación de las experiencias, con el concomitante dolor y satisfacción. En la primera, →P, la preocupación básica es el propio individuo. En la segunda, →D entra en consideración el objeto y su preocupación por él. Si esta interrelación entre una y otra posición tiene lugar en la mente en la que existe un

predominio de la función continente, el resultado es que se produce una organización mental en la que resulta prioritaria la tendencia hacia la integración, en la que existe, en definitiva un predominio de los elementos de vida.

Por otra parte, Bion desarrolló la idea de personalidad psicótica al estudiar a pacientes esquizofrénicos (Bion, 1957). Muy sintéticamente, cabe decir que en ésta existe una gran incapacidad para tolerar el reconocimiento de la realidad psíquica por lo muy dolorosa que le resulta, y de ahí la necesidad del predominio del funcionamiento primitivo de manera extrema, con la escisión y fragmentación intensa de la experiencia, así como el uso considerable de la identificación proyectiva, la negación, y el carácter de omnipotencia de sus fantasías inconscientes defensivas. Pero, añadió Bion, esa personalidad psicótica no solo existe en el paciente esquizofrénico, sino que es consustancial del individuo, aunque en los no psicóticos no ocupe una parte predominante. Y viceversa, en todo paciente psicótico existe una parte no psicótica que es precisamente la que permite establecer una colaboración en la relación terapéutica con el profesional.

Si bien, pues, los conceptos de salud y enfermedad no son tan claramente excluyentes, como ya lo indicó Freud, no obstante existen unos criterios que nos permiten diferenciar el sufrimiento ligado a la patología del sufrimiento que contribuye al desarrollo; el sufrimiento ligado a lo destructivo (auto o heterodestructivo) y el sufrimiento ligado a lo constructivo. El criterio básico, desde el psicoanálisis, es que el reconocimiento de la realidad psíquica comporta un cierto dolor emocional que es necesario tolerar. Este reconocimiento es el punto de partida del crecimiento y desarrollo del individuo. La incapacidad para tolerarlo da lugar a formas de defensa, tanto más acusadas y radicales cuanto mayor sea la intolerancia. Dicho reconocimiento de la realidad psíquica comporta el aceptar, como propios, incluso aquellos aspectos indeseables que forman parte del individuo. Este es un criterio de la salud desde la perspectiva de lo que atañe al *self* del individuo. En lo que se refiere al objeto, la salud comporta el reconocimiento del otro como independiente y autónomo, y a la vez de quien se necesita. La patología incluida en el ámbito de lo psicótico participaría fundamentalmente de la primera dificultad. En la patología narcisista en un sentido amplio (y no tan solo de las personalidades narcisistas) sería predominante el segundo aspecto, relativo a las dificultades en el reconocimiento del objeto.

Para dar idea de la concepción de la mente de que partimos, necesitamos referirnos también a las ansiedades básicas[7], que, desde la perspectiva psicoanalítica, están presentes en el trabajo en salud mental. Podemos distinguir tres tipos de ansiedades, las *ansiedades catastróficas* –también se las ha denominado confusionales– ya mencionadas, que están en la base de los temores a vivir experiencias nuevas, con el correspondiente temor a desaparecer; las *ansiedades de integración (o vinculación*), surgidas de las experiencias de integración, en cuanto unir aspectos contrarios del propio individuo, o un individuo a otro, o de los distintos aspectos del objeto con la amenaza de que el dolor correspondiente resulte intolerable. Y, por último, *las ansiedades de separación*, derivadas de la falta, o el temor a la pérdida del objeto fundamental. En efecto, si el objeto ha sido reconocido como básico para establecer una buena identificación proyectiva, y contener aspectos no integrados, su ausencia es sentida con ansiedad. Y cuando el individuo ha evolucionado, la separación del objeto además comporta sentimientos de pérdida que requieren de un proceso de elaboración. Si ésta se realiza con éxito da lugar a un enriquecimiento de la vida mental del individuo.

Como ya dije en otra publicación (A. Pérez–Sánchez, 1996), en líneas generales, encuadres psicoterapéuticos diferentes propician la emergencia predominante de unas ansiedades u otras. Por ejemplo, las ansiedades de separación estarán más presentes en las terapias individuales o duales, mientras que las ansiedades catastróficas y confusionales lo estarán en las modalidades colectivas (grupal y familiar). Aunque en ciertos casos, en los pacientes con una psicopatología grave, la separación del objeto no sólo estimula las ansiedades de separación, en el sentido de la pérdida del otro, sino las catastróficas, al mismo tiempo, en cuanto que el objeto es vivido como parte del propio individuo y por tanto su falta es sentida como la pérdida de algo de sí mismo, lo cual es fundamental, para la supervivencia psíquica.

El propósito de toda intervención terapéutica, desde la perspectiva psicoanalítica, consiste en *promover el cambio psíquico o relacional versus la curación*, es decir, la creación o desarrollo de un espacio mental continente de las experiencias necesarias para el crecimiento personal. Desde una perspectiva psicodinámica, curación es un concepto que sustenta fantasías omnipotentes, no tan sólo en los pacientes sino en los terapeutas. Así que no empleamos el término curación, sino otras expresiones que indiquen que la intervención que se ha realizado *con* el paciente ha ejercido alguna modificación en sus relaciones y en su mundo interno. Por ejemplo, hablamos de progreso, de mejoría, de

crecimiento y, en última instancia, de cambio psíquico. En función de los criterios sustentados para referirnos a la cuestión de la salud y la enfermedad, diríamos que el cambio psíquico tiene lugar cuando el individuo ha sido capaz de ampliar su espacio mental para ser más continente de experiencias de su vida emocional –en particular las que implican dolor–; lo que comporta haber conseguido una mayor integración de diferentes aspectos de su *self* y de sus objetos (o imágenes internas, que se han formado en su interior a lo largo de su historia relacional) y una aceptación de la necesidad del otro, al tiempo que tolerando su autonomía. En realidad, es un proceso que no se acaba nunca, y por tanto, el objetivo terapéutico se logra, en cierta medida, cuando el paciente descubre/conoce su manera de relacionarse, con sus obstáculos y posibilidades y está dispuesto a continuar dicha tarea, (y descubre también lo inacabable de la misma) pudiendo entonces beneficiarse de la satisfacción y el enriquecimiento mental consiguiente.

Capítulo II

Conceptos psicoanalíticos básicos aplicados a la psicoterapia y definición de Psicoterapia Breve Psicoanalítica

1. Conceptos generales

En la actualidad el psicoanálisis considera que la vía de comprensión del paciente no requiere remontarse a las vicisitudes de su biografía, sino según se manifiesta «aquí–y–ahora» en el curso de un proceso largo de la relación analítica. No porque se niegue su historia, sino porque esta se halla inscrita en el tipo de relación que despliega en la actualidad. Es esta versión de la comprensión psicoanalítica de la vida mental del paciente la que permite una mayor aplicación de sus fundamentos teóricos y técnicos a otros ámbitos distintos del de la sesión de análisis, aunque con las correspondientes modificaciones

No es posible entrar en detalle sobre los conceptos básicos de las psicoterapias psicoanalíticas, para lo que existen excelentes tratados como, entre nosotros, el de J. Coderch (1987), pero considero necesario postular las directrices técnicas que enmarcan la aplicación de la Psicoterapia Breve Psicoanalítica (PBP). Teniendo en cuenta el modelo de la mente descrito en el capítulo anterior, se derivan unas consecuencias técnicas para su aplicación en la psicoterapia psicoanalítica, en especial, la de tiempo limitado, que describiré a continuación de manera sumaria.

1.1. Encuadre

Importancia de crear un encuadre adecuado que se constituya en un buen continente, en el sentido de receptivo y fuerte, donde el terapeuta pueda realizar su función de contención. De ahí la importancia de establecer con claridad las condiciones del tratamiento, incluidas la duración de las sesiones y frecuencia, así como del proceso, en el caso de la PBP. La firmeza del terapeuta en velar por la integridad del encuadre no debe impedir la flexibilidad cuando sea adecuada a las necesidades del paciente y no al servicio de la defensa, del último o del terapeuta.

1.2. Tipo de relación de objeto

Importancia de la comprensión y elaboración de la relación de objeto según el tipo de ansiedad predominante (en especial la de vinculación, de separación y de integración), en un clima básico de contención. Es decir, tener en cuenta tanto los niveles pregenitales del individuo, en los que se prioriza el nivel dual, como el edípico, con sus correspondientes ansiedades y defensas. Obviamente, la elaboración y tolerancia por las dos primeras ansiedades permite una mayor aceptación de la tercera. De ahí la importancia de valorar la psicopatología y el proceso terapéutico a desarrollar en función de la experiencia de vinculación y de separación, como se muestra en el esquema siguiente.

Esquema 2.1: Proceso desde las ansiedades de vinculación/separación

Proceso de vinculación y proceso de separación
Valorar la psicopatología en relación con el contexto de la personalidad del paciente; y la personalidad del paciente en función del tipo de relación de objeto: El proceso psicoterapéutico está vertebrado por dos procesos: el *proceso de vinculación* y el *proceso de separación*. Por tanto la psicopatología que tenga dificultad para el desarrollo y tolerancia de ambos procesos encontrará obstáculos importantes para la indicación de la PBP. Por ejemplo: Personas con tendencia a establecer relaciones dependientes o simbióticas, en el primer caso; y personalidades narcisistas, en el segundo.

1.3. Trabajo interpretativo

Trabajo interpretativo que permita la integración en el mundo interno del paciente de aspectos fundamentales disociados y proyectados. Supone que desde un clima de transferencia positiva básica, el paciente vaya tomando conciencia (*insight*) de tales proyecciones en sus relaciones, incluidos, a veces, los sentimientos negativos respecto de la figura del terapeuta (transferencia negativa).

1.4. Importancia del aquí–y–ahora de la situación terapéutica

Para que sean posibles ciertos cambios psíquicos, más allá de la mejoría sintomática, la experiencia terapéutica debe ser viva, es decir, que los contenidos del material sean referidos a situaciones próximas emocionalmente. Las referencias al pasado ocupan un segundo lugar, y ayudan a completar la comprensión de lo que está sucediendo en la actualidad en el mundo interno y relacional del paciente. Ello implica estar atento también a las reacciones transferenciales.

Veamos ahora algunos elementos técnicos implícitos de toda psicoterapia psicoanalítica aplicados a la PBP, tanto en función del paciente como del terapeuta.

2. Conceptos técnicos

2.1 Conceptos técnicos en función del paciente

a. *La asociación libre, («hable de lo que tenga presente en su mente»).* En PBP, la asociación libre está matizada por la propuesta de focalizar, aunque relativamente –después volveremos sobre ello en el capítulo sobre focalización–, los temas centrales de conflicto. En realidad, la asociación libre es algo que inicialmente es fácil, pero luego es difícil de mantener. Quiero decir, que si el analista tiene una actitud de escucha, de atención flotante es suficiente estímulo para que el paciente necesitado pueda abrirse a la comunicación de todo aquello que le urge en la «búsqueda de un continente». Pero es difícil también, ya que cuando el paciente, asociando libremente, se pone en contacto, o se acerca simplemente, a cuestiones conflictivas se detiene la fluidez y aparecen maniobras defensivas de las más diversas: silencio, desgana, desinterés, desconfianza, o tendencia a intelectualizar u otras maneras de presionar al terapeuta para que intervenga en ese momento para ayudarle o bien para aliarse con él a huir de lo conflictivo.

De hecho la auténtica asociación libre, es decir, la de estar dispuesto a decir todo aquello que se le ocurra, es sumamente difícil. La razón es que «asociar» y de manera «libre» es una tarea que implica un considerable grado de madurez y capacidad mental que los pacientes pueden conseguir una vez que han terminado un proceso terapéutico intenso y largo. Es así porque la madurez mental estriba en esa capacidad de estar abierto a las emergencias inconscientes, tener esa libertad interna, de una manera que se pueda tolerar, el ligar, asociar, unos elementos con otros. De lo contrario, puede darse una actitud en la que existe una aparente libertad asociativa, la expresión máxima sería, por ejemplo la fuga de ideas en los estados maníacos, pero de una manera disociada, es decir, sin conciencia de lo que se dice, y lo que ello supone. Por otro lado, puede suceder al revés que exista un control excesivo de los fenómenos mentales que se trata de «ligar», de manera que se asocia de forma monotemática a fin de impedir la emergencia de los contenidos inconscientes que se temen desborden al individuo.

Las asociaciones libres tienen especial relevancia cuando en la comunicación fluida del paciente aparece inopinadamente una ocurrencia, un recuerdo, un sueño

que están ligeramente conectados con el discurso que viene relatando, es decir, cuando parece que se produce un cambio de sentido del discurso, pero que permite una nueva perspectiva de lo que venía diciendo hasta ahora. Pero si ese cambio en el mismo es muy frecuente y dispar, se produce una fragmentación del relato, y una imposibilidad de dar significado, resultando, por el contrario, que éste se pierde cada vez más, entrando en confusión, en cuyo caso lo que ha sucedido es que la asociación libre está al servicio de la defensa.

Las asociaciones libres son especialmente significativas cuando surgen como respuesta a una intervención o interpretación del terapeuta. A una chica con problemas de alimentación (anorexia), en las entrevistas diagnósticas le hice una interpretación señalando que tal vez la explicación que ella se daba para no comer por «sentir asco de la comida que le daba la madre, por lo poco limpia que es», podría estar expresando la vivencia de que ella rechaza a una madre que parece no darle todo el cuidado afectivo «limpio» que ella siente que necesita; «limpio», es decir, sin estar contaminado por otros intereses afectivos de la madre. La paciente contesta que en ese momento se le ocurre, sin saber por qué, que odia a los niños, por el hecho de que necesitan de los mayores para saber la verdad de las cosas. Es decir, que con esta asociación espontánea, «libre», la paciente me advierte que el problema no radica tan sólo en que exista una madre no suficientemente «limpia», sino también en su dificultad para reconocer sus necesidades infantiles y la dependencia necesaria de las figuras adultas para aprender y crecer.

Pero en PBP, como decimos, la asociación libre viene determinada por dos elementos específicos de esta terapia: la focalización y el tiempo. El paciente sabe que dispone de un tiempo limitado, aunque luego, a veces, lo olvida. Pero aún así en estas condiciones, también le resulta difícil asociar libremente, pues ello le acerca a cuestiones conflictivas difíciles de tolerar. Al comunicar al paciente la consigna de la asociación libre se le añade que eso puede ser compatible con el hecho de que las áreas focalizadas reclamen mayor interés en la psicoterapia. Y en efecto, en el curso de la misma, el paciente se «olvida» en cierta manera del foco y trae a la sesión aquello que está más en primer plano en su mente. Lo veremos más adelante en el capítulo sobre focalización.

b. *Insight y elaboración*. Los expongo conjuntamente porque pienso que son dos conceptos que responden a fenómenos clínicos estrechamente ligados en el proceso psicoterapéutico. Los *insights* adquiridos sin elaboración subsiguiente son como frágiles burbujas que desaparecen pocos instantes después. Y la elaboración sin *insights* puede transformarse en meras racionalizaciones desprovistas de profundidad emocional. El *insight* y la elaboración son actividades mentales que corresponden al paciente y forman parte del proceso psicoterapéutico. La elaboración comporta el desarrollo de ciertos aspectos de la mente «obtenidos» a partir de las interpretaciones o trabajo interpretativo producido por el terapeuta y que ha suscitado algún *insight* en el paciente. Cuando el terapeuta muestra, pone luz, sobre una determinada área de la vida mental del paciente, la respuesta de éste puede ser, o bien de rechazo, levantando las más diversas defensas —vale decir que experimentando la relación con el terapeuta sobre la base de ciertas fantasías inconscientes— cuya finalidad estriba en inutilizar, invalidar, borrar lo mostrado o evidenciado por el último. Otra reacción frente a la interpretación es la de poner en marcha el trabajo de elaboración de aquello que ha adquirido nueva vigencia en la vida mental del paciente. Hasta ahora, se encontraba disociado y proyectado y, en consecuencia, «como si» no formara parte de su personalidad, es decir perdido, aunque sería más preciso decir secuestrado en los objetos en los que se ha proyectado. En este momento, en que la interpretación ha dado su fruto, es decir, ha prendido —y ello gracias a un trabajo interpretativo previo— estimula el interés, la curiosidad, la necesidad del paciente en iniciar esa actividad mental que llamamos elaboración, en cuanto que ahora existen unas condiciones de fortaleza del *self* y de la relación psicoterapéutica que permiten una mayor tolerancia del dolor concomitante al proceso de elaboración.

La elaboración es un trabajo psíquico del paciente, pues, y por tanto requiere su tiempo, que es particular de cada individuo. A veces es difícil distinguir cuándo el tiempo que tarda un paciente en asimilar y elaborar el trabajo interpretativo del terapeuta se trata de una defensa pertinaz del paciente, y cuándo responde a una necesidad de sus capacidades y limitaciones, más allá de las cuales estamos forzando una situación que puede tener el efecto contrario, acentuar las actitudes defensivas. Por ello, en PBP, aún cuando el terapeuta sea capaz de comprender ciertas áreas o focos de la mente del paciente, si resultan extremadamente

dolorosos, la elaboración requeriría de un tiempo mayor que el propuesto en esta terapia, y en consecuencia, lo aconsejable es declinar su abordaje.

2.2. Conceptos técnicos en función del terapeuta

a. *La atención flotante.* Como es sabido, la actitud del terapeuta de atención flotante sería la contrapartida de la asociación libre del paciente. Pero, como en aquella, conviene matizarla en su aplicación a la PBP. Es decir, que también viene determinada por los dos factores centrales, la focalización y la limitación del tiempo. En primer lugar, el terapeuta tiene presente el área de conflictos diagnosticados en las primeras entrevistas como lo que ha de ocupar básicamente su atención. Sin embargo, está abierto a todo lo que el paciente aporte en las sesiones. Qué duda cabe que ese tipo de escucha no deja de ser un tanto selectiva, lo que lleva al terapeuta a desoír consciente e inconscientemente parte del material que no se corresponda con lo focalizado.

   Pero una de las aportaciones básicas del psicoanálisis al desarrollo de las técnicas psicoterapéuticas es la de un determinado método de observación de los hechos que se le ofrecen por parte del paciente mediante su comunicación. Este método estriba en la atención flotante. ¿Qué se quiere decir con ello? Suspender toda la atención del terapeuta de cualquier otra cuestión que no sea lo que aporta el paciente. Ese estado de la mente del terapeuta es el que propicia una mayor receptividad de los fenómenos mentales de aquel, sin que queden demasiados contaminados por sus ideas preconcebidas o sus prejuicios, u otras presiones del entorno inmediato del paciente, o de la escuela teórica de pertenencia del profesional.

   De manera que la actitud del terapeuta de «atención flotante» requiere de una cierta disciplina mental, un esfuerzo considerable. Aunque en la PBP, y en toda psicoterapia de objetivos limitados dicho estado mental queda restringido, como hemos dicho. Y por tanto deberíamos hablar de una atención flotante relativa, en el sentido de que aún manteniendo una atención preferencial respecto de los problemas que hemos considerado centrales con el paciente, ello no sea obstáculo para escuchar todo aquello que el paciente trae a la sesión. En realidad, diríamos que *el terapeuta de PBP necesitaría ser capaz de un cierto grado de disociación*

instrumental, es decir, al servicio de su técnica. Por un lado, puede escuchar todo aquello que el paciente le hable. Por otro, tiene disponible, en «*stand by*», las cuestiones que se han focalizado o que se consideran centrales de los conflictos del paciente.

b. *La neutralidad (benevolente)*, clásica en la técnica psicoanalítica, es una actitud adecuada para toda psicoterapia. Aunque en la PBP, no obstante, el terapeuta requiere una mayor actividad en sus intervenciones, lo cual no quiere decir una postura directivista, por supuesto. ¿A qué llamamos neutralidad benevolente? Es una actitud difícil de comprender para la persona de la calle. Cuando alguien explica un problema a otra persona, ésta responde en el nivel similar de registro emocional. Es decir, si una persona explica a otra sus penas por la pérdida de una relación, la última responderá consolándola, y en el peor de los casos deprimiéndose con ella. En otra situación, una persona explica sus angustias frente a un problema laboral y el interlocutor de la calle puede responder dándole consejos sobre cómo intervenir ante esa situación. En todas estas situaciones hay alguien que vive una situación que le desborda, no puede pensar sobre la misma, y busca a otra persona que lo haga por él.

   La neutralidad benevolente, en cambio, es la actitud propia del terapeuta que en primer lugar evita esas reacciones del interlocutor de la calle. Es decir, de no entrar en colusión, diríamos, con el paciente en cuanto evitarle que piense sobre su problema. (Hablo de pensar en el sentido bioniano de tolerar una experiencia para metabolizarla y darle un significado). Por el contrario, tratamos de ayudarle a pensar. Y la primera cuestión estriba en que el terapeuta aprenda a tolerar el impacto de lo que se le ha comunicado, para pensar sobre ello.

   Pero dicha actitud no se corresponde con la imagen que Freud nos dio del analista como un espejo en sentido literal, ni siquiera en el propio psicoanálisis. No responder como la persona de la calle no quiere decir adoptar una actitud distante y fría. Y mucho menos en una psicoterapia psicoanalítica breve. Hay muchas maneras de reaccionar ante el paciente, dando muestras de una actitud receptiva, pero sin responder en el sentido de ofrecer una tranquilización inmediata, para evitarle que piense sobre su experiencia. Otra cosa es la respuesta explícita del terapeuta, es decir, sus intervenciones, sean interpretativas o no.

c. *Trabajo interpretativo*. Aunque dedicaré todo un capítulo para desarrollar este tema de manera específica en PBP, aquí daré algunas generalidades.

Como vengo diciendo, en psicoterapia breve hay dos cuestiones principales en las que el terapeuta debe asumir la responsabilidad de retener y, en su momento, aportar al paciente. Una, conectar la comprensión de un tema con el área de conflicto focalizado, y dos, recordar de vez en cuando, la duración del tratamiento, sobre todo en la etapa final del mismo. Además, esta actitud un poco más activa incluye no prolongar demasiado los silencios del paciente, por ejemplo, introduciendo elementos de la vida actual del mismo cuando sea pertinente para ampliar la comprensión de un conflicto. Y, por supuesto, las demás intervenciones no interpretativas de toda psicoterapia: esclarecimiento, señalización, propuesta de indagación sobre determinados aspectos, recordar cuestiones ya tratadas etc., aunque siempre a partir del material inmediato que permita relacionarlo. De todas formas, ello debe entenderse a partir de una actitud básica de escucha, por parte del terapeuta. Puesto que se trata de una psicoterapia de base psicoanalítica, es necesario que se establezca una relación que permita que afloren aspectos inconscientes del paciente, y para ello se requiere que sea éste quien más hable. Si, por el contrario, el terapeuta adopta una actitud demasiado pasiva, se trataría de una postura pseudo–psicoanalítica, inadecuada, que puede crear desorientación o confusión en el paciente, puesto que no existe la frecuencia ni nivel interpretativo para trabajar el material que aporte.

3. Definición de Psicoterapia Breve Psicoanalítica en el contexto de otras psicoterapias psicoanalíticas

En primer lugar, algunas aclaraciones sobre el término **psicoterapia breve psicoanalítica** acuñado para la experiencia que aquí se recoge. Al revisar las expresiones utilizadas por diferentes autores, en especial anglosajones que han practicado más este tipo de psicoterapia, y durante la primera época del desarrollo de las terapias breves, encontramos que no se empleaba el adjetivo psicoanalítico, a pesar de que la mayoría de ellas han surgido o se fundamentan en muchos de los principios psicoanalíticos. Veamos algunas de los autores más representativos: *Psicoterapia Breve* (Malan, 1963; Bellak y Small, 1965; Guilleron, 1987); *Psicoterapia limitada en el tiempo*, (*Time-Limited Psychotherapy*, Mann, 1973); *Psicoterapia corta en el tiempo* (*Short-Term Psychotherapy Provoking Anxiety*, Sifneos, 1972; y *Short-Term Dynamic Psychotherapy*, Davanloo) y *Psicoterapia focal* (M. Balint, 1972). Posteriormente, sí encontramos que lo psicoanalítico se ha incluido para denominar esta técnica. Por ejemplo, Braier (1987): *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*; Farré, Hernández y Martínez: *Psicoterapia psicoanalítica focal y breve* (1992).

Ante ese hecho inicial, cabe pensar que predominó un interés en resaltar el factor limitación del tiempo. Sólo en dos autores se añade alguna precisión más. Sifneos, por ejemplo, aporta algún dato específico a su psicoterapia con la expresión «provocadora de ansiedad». Davanloo califica su técnica de «dinámica», que, como se sabe, es el término abreviado de «psicodinámico», es decir, de la psicología derivada del psicoanálisis, que muchos autores utilizan para indicar que aunque proveniente de aquel se diferencia del mismo. Sirva esto de ejemplo, pues no pretendo hacer una revisión exhaustiva de las diferentes denominaciones y técnicas de psicoterapia breve. Para ello puede consultarse la revisión que hace E. Guilleron (1987).

Parece, pues, que la limitación en el tiempo y la no utilización del adjetivo psicoanalítico como una manera de establecer la diferencia respecto del psicoanálisis propiamente, es lo que caracteriza estas denominaciones. Pero se tiene la impresión, en algunos casos, que se ha priorizado tanto el factor tiempo en detrimento de lo psicodinámico, que han derivado en una preocupación por otras «dinámicas» de la conducta que poco tienen que ver con lo psicoanalítico. Es el caso de Sifneos y Davanloo, no obstante lo cual se les sigue incluyendo entre los autores que comparten el

terreno psicoanalítico, como hace Guilleron (1987), por ejemplo. Por otra parte, durante mucho tiempo el término psicoterapia ha estado ligado a la psicoanalítica o psicodinámica, por lo que no era necesario adjetivarla. Pero desde hace ya bastantes años han ido proliferando técnicas psicoterapéuticas procedentes de las fuentes teóricas más diversas, como la cognitivo conductual y la sistémica por citar dos de las más relevantes en la actualidad.

En cuanto a la no utilización del adjetivo psicoanalítico para evitar confusiones entre psicoterapia y psicoanálisis, probablemente fue una reacción contra los primeros intentos de utilizar formas abreviadas de psicoanálisis como alternativas al mismo, según vimos al estudiar la aportación de M. Balint. Hoy día la situación podría ser más clara, salvo para algunas tendencias, en llamar psicoanálisis a toda intervención psicoterapéutica que esté de alguna manera fundamentada en la teoría psicoanalítica. Por mi parte, considero que el psicoanálisis ha conseguido desarrollos teóricos y técnicos que le han dado una mayor consistencia, lo que le permite prestar elementos de ambas a diferentes campos de aplicación. Así, ha sido posible el desarrollo de diferentes formas de psicoterapia, inspiradas u orientadas psicoanalíticamente: psicoterapias psicoanalíticas de larga duración, psicoterapias breves, grupales, familiares, por citar las que me resultan más próximas, que pueden quedar bien delimitadas en su metodología y ámbito de acción terapéutico respecto del psicoanálisis propiamente.

Hechas estas salvedades, parece lícito recuperar el adjetivo psicoanalítico para toda modalidad psicoterapéutica que, con un mínimo de rigor, trate de aplicar ciertos principios del psicoanálisis. Así es que hablamos de psicoterapia psicoanalítica en la individual. Pero cuando se trata de otras modalidades, en función del tiempo (breve) o del número de pacientes (grupal) o del ámbito de intervención (familiar o institucional) creo más clarificador anteponer el adjetivo que especifique la misma. Así, en el caso de las psicoterapias de tiempo limitado, el caso que aquí nos ocupa, he escogido el término breve, otros emplean el de «limitada», y diremos «Psicoterapia Breve Psicoanalítica». Otro tanto cabe hacer con la «psicoterapia de grupo psicoanalítica» o la «psicoterapia familiar psicoanalítica». Creo que, por el contrario, si anteponemos lo «psicoanalítico» al tipo de modalidad se puede prestar a confusión. Por ejemplo, si decimos psicoterapia psicoanalítica breve, parecería que nos referimos a una psicoterapia psicoanalítica o psicoanálisis abreviado. Por otra parte, los términos «analítico» y «dinámico», han ido experimentado un cambio de significado que dificulta saber lo que se entiende por los

mismos excepto que han perdido la especificidad de lo psicoanalítico en algunos casos, como decía más arriba.

Dado que en las últimas décadas el psicoanálisis se ha desarrollado en líneas de pensamiento diferentes, conviene precisar cuál es la concepción de los principios psicoanalíticos en los que se fundamenta una psicoterapia breve, que es lo que ya hice en el capítulo anterior. Me parece un requisito obligado para clarificar las diferencias técnicas existentes respecto de otras prácticas de este tipo de psicoterapias, basadas también en la teoría psicoanalítica, como mostré al examinar el caso de M. Balint, y como veremos también a continuación.

Como dice Sifneos (citado por Malan, 1976) tal vez durante mucho tiempo el único elemento común entre las diversas modalidades de psicoterapia que se adscribían al rótulo de breve era el de la cortedad del tiempo. Muestra extrema de ello la constituye la obra de Small (1971) que bajo el título de *Psicoterapias Breves* expone una relación de técnicas e intervenciones que acogen un abanico de posibilidades tan amplio y heterogéneo como la técnica focal de Malan y la terapia electroconvulsiva (¡!), pasando por diversas modalidades conductistas. En esta obra, como en la conjunta de este autor con Bellak (Bellak y Small, 1975) lo prioritario parece ser la respuesta terapéutica inmediata, rápida y de breve duración ante situaciones asistenciales de emergencia, pero que al incluirlas todas ellas bajo el título de *psicoterapia breve* induce a confusión. En el caso de querer informar de técnicas alejadas del marco teórico de los autores (el psicodinámico) cabría, en todo caso, ofrecer una comprensión psicodinámica de lo que la aplicación de tales otras técnicas comporta, diferenciando la psicoterapia breve de orientación dinámica de las otras intervenciones.

Pero sin ir tan lejos, la heterogeneidad de prácticas psicoterapéuticas de corta duración puede cubrir un espectro que corre, según la perspectiva de la frecuencia de las sesiones, por ejemplo, desde las que consideran como tal psicoterapia el haber realizado una sola sesión, hasta los que proponen un número de sesiones que oscila entre treinta y cuarenta. ¿Es posible denominar de la misma manera al procedimiento terapéutico de una sola sesión que el que insume cuarenta? ¿Qué se entiende entonces por psicoterapia? En consecuencia, parece obligado tratar de precisar qué entiendo por psicoterapia, lo que haré enseguida.

La práctica psicoanalítica se ha ido convirtiendo en un proceso cada vez más largo, que requiere de una dimensión temporal dilatada. Ello es así debido al mayor

conocimiento de la vida mental que hoy día tenemos, lo que ha permitido dar más cuenta de las complejidades y dificultades que implica el proceso de cambio en el individuo. Y aunque el tiempo de dicho proceso es estrictamente individual, en cualquier caso puede decirse que el factor tiempo es una de las variables menos determinantes en el psicoanálisis como terapia.

¿Cómo es posible entonces plantear una modalidad de psicoterapia que, a la vez que basada en los principios psicoanalíticos esté limitada en el tiempo? ¿Las adjetivaciones *breve* y *psicoanalítica* no son excluyentes por principio? Hay quien resuelve este problema priorizando la psicoterapia breve como alternativa al psicoanálisis, en unos intentos de corto alcance. Aunque tales autores se basan en algunos de los principios psicoanalíticos, reniegan del psicoanálisis como técnica terapéutica, por obsoleto e inadecuado a las exigencias actuales. Utilizan los términos dinámico, terapias dinámicas o psicodinámicas para modalidades terapéuticas que suelen albergar una profusión de principios, por lo que raramente evitan caer en la confusión cuando no el simplismo de escaso rigor científico. Sirva de ejemplo la obra de Davanloo[8] en la posición extrema de ofrecer la psicoterapia breve como alternativa al psicoanálisis; o, más cercano a nosotros, la de Kesselman (1972), donde la profusión del uso de técnicas terapéuticas desvirtúa la especificidad de la psicoterapia breve; y, aunque en menor medida, Ruiz Ogara (1969) también propugna una psicoterapia dinámica, alternativa al psicoanálisis.

Pero es posible plantear la cuestión de otra forma. La teoría psicoanalítica ofrece un conjunto de principios, conocimientos y datos elaborados que, aunque extraídos fundamentalmente de la práctica clínica psicoanalítica pueden ser *aplicados* a otros campos de la actividad humana. Desde esta perspectiva, cabe considerar la psicoterapia breve y toda psicoterapia de orientación psicoanalítica como una *aplicación*[9] de la teoría psicoanalítica. Pero evidentemente, no es lo mismo la utilización de esta teoría para la comprensión de una obra literaria o teorizar sobre el proceso creativo en las artes plásticas, para aplicarla a la práctica de la asistencia sanitaria en general, y menos semejante lo es al tratarse de su aplicación a una práctica psicoterapéutica. Y esto es así por la sencilla razón de que la última se encuentra mucho más próxima, en cuanto a técnica y objetivos a conseguir a la práctica psicoanalítica que los otros campos de aplicación. De ahí también la necesidad de establecer con claridad los límites entre psicoanálisis y psicoterapias psicoanalíticos del tipo que sean.

3.1. Psicoterapia breve psicoanalítica: concepción de lo psicoanalítico

Trataré de explicar cómo entiendo cada uno de los elementos de la expresión «psicoterapia breve psicoanalítica», que acuñamos para designar la experiencia realizada en el seno de un equipo[10], y de la que fundamentalmente esta obra se nutre, para sus desarrollos teóricos y clínicos. El adjetivo psicoanalítico alude a que adoptamos como fundamento los principios psicoanalíticos en el sentido de una concepción de la vida mental, en la salud y la patología, determinada por conflictos y vicisitudes inconscientes y en su relación con lo consciente. También hace referencia a lo psicoanalítico en cuanto «terapia», es decir, a una relación entre dos personas en la que se pretende el objetivo de cambio de una de ellas con la ayuda de la otra, y por lo tanto toma algunos elementos técnicos del psicoanálisis, aunque con las modificaciones pertinentes. Por tanto, al adjetivar a esta modalidad de psicoterapia como psicoanalítica se hace en un doble sentido: por un lado, los fundamentos teóricos del psicoanálisis, y, por otro, ciertos elementos técnicos del psicoanálisis. Las bases de ello quedan expuestas en el capítulo anterior y en el presente.

3.2. Psicoterapia breve psicoanalítica: concepción de lo psicoterapéutico

En cuanto al término psicoterapia, también son necesarias algunas precisiones para limitar su uso de manera rigurosa. La propuesta es que se reserve el término para aquellas modalidades terapéuticas de índole psicológica en las que estén presentes, al menos, estos dos elementos: *el proceso terapéutico* y un *objetivo de cambio*. Y entiendo por *proceso,* como ya adelanté en el capítulo anterior, la creación de un vínculo entre terapeuta y paciente con un mínimo de consolidación como para que pueda desarrollarse una experiencia emocional que posibilite la emergencia de aspectos inconscientes y un determinado conocimiento de los mismos. Como ya dije, desde mi posición teórica, el proceso implica el desarrollo de dos componentes, el de la experiencia de vinculación y la de separación. Esto quiere decir también que se requieren de unas condiciones (encuadre) para que esa relación pueda producirse, para que sea posible una historia de la misma, que comporte momentos de separación y de reencuentro, lo que implica una secuencia temporal mínima, suficiente para que los fenómenos que ligan a una persona con otra puedan ir emergiendo. En el Esquema 2.2 resumo las diferencias entre proceso

psicoanalítico, proceso psicoterapéutico y proceso asistencial. Al hablar del tiempo en el capítulo VI, retomaré el tema del proceso tan ligado a éste.

El otro elemento que propongo para la definición de psicoterapia es el *objetivo de cambio psíquico*. Evidentemente, las posibilidades de cambio en algunas áreas de la personalidad del individuo varían ostensiblemente según el procedimiento utilizado, desde el psicoanálisis propiamente hasta la psicoterapia breve, pasando por la psicoterapia psicoanalítica de larga duración. Pero lo diferenciamos del objetivo terapéutico, exclusivo en otras terapias. Pues aun cuando dicho objetivo también está presente, desde la perspectiva psicoanalítica, cabe sostener la tesis de que la mejoría sintomática por la vía de la comprensión de los dinamismos inconscientes que generan los síntomas comporta una mayor solidez en los logros terapéuticos.

Esquema 2.2. Proceso psicoanalítico, psicoterapéutico y asistencial

Proceso psicoanalítico

- Vínculo paciente/terapeuta presidido por múltiples experiencias transferenciales.
- Presencia de diferentes niveles de simbolización, desde los más adultos hasta los más primitivos, desde los más sanos a los más psicóticos.
- Transformaciones y creación de sentido en la interacción de la transferencia y contratransferencia

Proceso psicoterapéutico

- Vínculo entre terapeuta y paciente matizado por componentes transferenciales.
- Aspectos adultos del paciente más presentes.
- Transformaciones de aspectos del mundo interno del paciente y relacional

Proceso asistencial

- Vínculo con el terapeuta menos intenso que en psicoterapia y psicoanálisis. Y vínculo múltiple con varios profesionales en función de plan terapéutico.
- Ciertos cambios relacionales y del mundo externo del paciente.

También parece adecuada la propuesta de Guilleron (1983) al hacer un intento de clasificación de las psicoterapias sobre la base de dos parámetros: *la relación terapéutica* y el *encuadre*, lo que permitirá trazar una frontera clara entre la psicoterapia propiamente dicha (que implica proceso temporal) y lo que este autor denomina las *intervenciones* con objetivos psicoterapéuticos. En general, estaría de acuerdo, aunque por mi parte, las líneas fronterizas pueden trazarse entre distintas modalidades terapéuticas (me refiero tan sólo a las individuales), por ejemplo: psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica de larga duración, psicoterapia breve psicoanalítica e intervenciones o entrevistas psicoterapéuticas. Los objetivos terapéuticos y los procedimientos técnicos utilizados en cada una de estas prácticas deben estar claramente definidos.

A continuación propongo en la Tabla 2.1[11] una comparación de diferentes métodos de psicoterapia individuales, entre ellas la PBP, mostrando sus diferencias entre sí y con respecto al psicoanálisis en función de varios criterios: objetivos terapéuticos, tipo de proceso terapéutico, método y encuadre establecido.

3.3. Psicoterapia breve psicoanalítica: concepción del tiempo

Por último, en cuanto al adjetivo *breve*, indica un factor específico de esta modalidad psicoterapéutica. Tanto por la limitación del tiempo, como porque en nuestra práctica se suele fijar la duración del tratamiento al inicio. Aunque la consideración de lo breve, como decía, varía mucho según los autores, en nuestra experiencia nos hemos manejado con un período de duración entre nueve meses y un año. Inicialmente, la tendencia inicial fue la propuesta de un año o cuarenta sesiones. Este dato está un poco por encima del límite máximo contemplado por los autores que ya se considera que proponen plazos más amplios, como Malan (Malan, 1963, 1976). Aunque posteriormente mantuvimos la propuesta, siempre que fue posible en pacientes adecuados, sin embargo, pudimos acortar el tiempo en pacientes con los que era viable hasta seis meses o incluso tres. Se advertirá que aun cuando considero que los dos elementos técnicos principales de toda psicoterapia breve son la limitación del tiempo y la focalización de un área de tratamiento, solamente retengo en la definición el adjetivo relativo al tiempo, y no el que alude a la focalización. Algunos autores prefieren incluir ambas y denominan a esta terapia como *Psicoterapia Psicoanalítica Breve y Focal* (Farré y cols., 1992, E. de La Lama, 1994). Por mi parte, considero que la limitación del tiempo es un elemento

bastante determinante, pues la misma focalización aun cuando se explicite al inicio, vendrá ya limitada también por ese marco temporal prefijado, en lo que me extenderé en el capítulo sobre focalización.

Tabla 2.1: Métodos psicoterapéuticos comparados entre sí y con el psicoanálisis

	Psicoanálisis	Psicoterapia psicoanalítica	PBP	Psicoterapia de apoyo P.	Entrevistas psicoterapéuticas
Objetivos	Cambio psíquico de Estructura de personalidad	Cambio parcial personalidad	Cambio psíquico zonal	Clarificación conflictos relacionales	Alivio sintomático por clarificación
Proceso	Psicoanalítico	Proceso Psicoterapéutico	Proceso Psicoterapéutico	Proceso Asistencial	Proceso Asistencial
Encuadre					
Actitud terapeuta	Neutralidad	Neutralidad	Neutralidad relativa	Activa sobre la base de la escucha	Activa sobre la base de la escucha
Actitud del paciente	Asociación libre	Asociación libre	Asociación libre relativa, focalización	Centrado en problemas inmediatos	Centrado problemas de consulta
Intervención terapeuta	Interpretativa transferencia	Interpretación CI, T, CE.	Interpretación CE; CI; T. Otras intervenciones	Intervención no interpret. Interpret. CE	Intervención no interpret. Interpret. CE.
Posición p/t	Diván	Cara a cara	Cara a cara	Cara a cara	Cara a cara
CI: Conflicto interno; **T**: Transferencia; **CE**: Conflicto externo.					

En la Tabla 2.2[12] se resumen esquemáticamente las diferencias en función del tiempo entre las distintas modalidades psicoterapéuticas entre sí y respecto del psicoanálisis.

Así que podríamos resumir la PBP como la que se fundamenta en el marco teórico psicoanalítico específico que aquí se sostiene, que toma algunos elementos técnicos de la práctica psicoanalítica, aunque adaptados, (uso de la interpretación y cierta neutralidad benevolente en el terapeuta, la asociación libre en el paciente etcétera); de objetivos terapéuticos limitados, en la medida que se ciñen a ciertas áreas de la mente ligadas a los conflictos internos y relacionales focalizados, y sobre los que se dirigirán predominantemente los esfuerzos del paciente y del terapeuta; que existe una limitación del tiempo, fijada al inicio, de una duración menor a la habitual en psicoterapia psicoanalítica, y que ciframos en un período de un año, aproximadamente; que la actitud del terapeuta, aunque de escucha, es más activa que en la psicoterapias de larga duración, pero sin ser directiva; que la interpretación está dirigida sobre todo hacia los conflictos internos y relacionales y la conexión entre unos y otros, aunque vinculados al foco; que si siempre existe un intento de comprensión de la relación transferencial con el terapeuta, su verbalización interpretativa quedaría relegada a ciertos momentos: para desbloquear un proceso psicoterapéutico estancado, o para acceder a auténticos *insights* de conflictos importantes del paciente; y asimismo ha resultado necesaria la interpretación transferencial en la fase final del tratamiento para elaborar la separación.

Tabla 2.2: Tiempo en las psicoterapias psicoanalíticas

	Duración	**Tiempo sesiones**	**Frecuencia sesiones**	**Planificación tiempo**
Psicoanálisis	Varios años	45/50 m.	4 o 5/ semanas	No fijado
Psicoterapia psicoanalítica	Varios años	45 m.	1 o 2/ semanas	No fijado
Psicoterapia Breve Psicoanalítica	(3 m.) 6 a 12 meses	45 m.	1/ semana	Fijado al inicio
Psicoterapia de apoyo	Varios meses	30 a 45 m.	1/ cada 2 semanas	No fijado o Fijado
Entrevistas o Intervenciones psicoterapéuticas	4 o 6 semanas	30 a 45 m.	1/ semanal	Fijado
	Más de 4 o 6 semanas		Cada 3 o 4 semanas	No fijado

Capítulo III

Indicaciones de la Psicoterapia Breve Psicoanalítica

1. Generalidades

Ya traté en otra parte la cuestión de las indicaciones en psicoterapia en general (A. Pérez–Sánchez, 2006), así que me limitaré a hacer un resumen para enmarcar las indicaciones para la psicoterapia breve psicoanalítica (PBP), en particular.

A la hora de hacer la indicación de una técnica psicoterapéutica creo que deben tenerse en cuenta la psico(pato)logía del paciente, unos objetivos terapéuticos realistas y el método utilizado. Obviamente, la experiencia del terapeuta y el contexto institucional o privado en el que se realice cuentan también. Cuando hablo de psicopatología me refiero básicamente a los dinamismos inconscientes que subyacen al mismo, es decir al diagnóstico psicodinámico. La equilibrada conjugación de tales factores permite establecer una indicación realista de la psicoterapia.

Decía también en la publicación mencionada que los elementos que nos permiten establecer una indicación proceden de tres áreas: *la psicopatología del paciente, sus datos biográficos y los datos de la entrevista*. Estos últimos se refieren a los datos obtenidos de la observación que el terapeuta hace de la relación establecida por el paciente con él, así como consigo mismo y con el relato de sus problemas y dificultades y, finalmente, por el tipo de demanda que reclama y su comunicación, explícita o implícitamente en las entrevistas diagnósticas.

Habrá que establecer la correlación entre los datos aportados por cada una de estas áreas para establecer la indicación de la psicoterapia psicoanalítica escogida. En esa correlación entre los datos procedentes de una fuente y de otra, puede existir concordancia, complementariedad o discordancia. Al establecer estas correspondencias, concedo prioridad a los datos observados en la relación del paciente con el terapeuta durante la entrevista.

En la obra mencionada (A. Pérez–Sánchez, *op. cit*) distinguía dos vías de aproximación para valorar la indicación de una psicoterapia psicoanalítica. Una primera que denomino enfoque *clásico,* y una segunda en la que describo unos indicadores para establecer la idoneidad de una psicoterapia psicoanalítica, y que llamo el enfoque de los *indicadores.*

2. Enfoque clásico

Recojo aquí de manera concentrada una serie de criterios que han sido considerados fundamentales por diversos autores (J. Coderch, 1987; H. Etchegoyen, 1986; M. Mitjavila, 1994; P.–B. Schneider, 1979; H. Tomä y H. Kachele, 1989; C. Paz, 1980).

2.1 Motivación para el cambio

La necesidad de cambiar ciertos aspectos de la personalidad para aliviar el padecimiento de algún tipo de malestar o sufrimiento personal que impulsa la consulta. No hay posibilidad de cambio si no existe la ansiedad generada por el malestar concomitante. Pero no basta con pretender un estado diferente del que se padece. Pues, como ha indicado Bion, una tendencia puede ser la huida del dolor, es decir, evitar la realidad (externa e interna) que lo genera, y otra diferente es la de intentar modificar dicha realidad. En este sentido, al deseo de dejar de sufrir, se une en la motivación para un tratamiento psicológico, el establecer algunas conexiones entre el malestar experimentado y algún tipo de funcionamiento psicológico o relacional. Esa motivación estará más consolidada cuando existe también una curiosidad por su mundo psicológico: es decir, el saber por qué las cosas son como son en el funcionamiento de su persona, por qué se tomó determinada decisión que resultó perjudicial, volviendo a repetirlo en situaciones similares, o por qué reitera ciertas conductas ante todas aquellas personas que representan figuras parentales, por poner algunos ejemplos.

2.2. Capacidad de autoobservación y de insight

Cuando el paciente tiene curiosidad por conocerse a sí mismo y a su entorno. Y vinculado a ese último aspecto de la curiosidad estaría la capacidad de autoobservación: observar la propia conducta y los propios sentimientos. Y una cierta capacidad de *insight*, incluso cuando resulta doloroso.

2.3. Otros criterios

De los restantes criterios, aunque también necesarios en toda psicoterapia psicoanalítica, algunos habrá que tenerlos en cuenta especialmente en la de tiempo limitado que ahora nos ocupa. Estos son, en síntesis: Áreas conservadas de la

personalidad. Capacidad del paciente para circunscribir conflictos relacionales. Expectativas favorables del tratamiento a partir de la confianza mutua de paciente y terapeuta para trabajar juntos. Trastornos emocionales actuales o de inicio reciente. Defensas psíquicas no muy rígidas. Psicopatología no muy grave, en el sentido de que no predominen las tendencias auto y heterodestructivas. La Tabla 3.1. resume lo dicho.

Esquema 3.1 Criterios de indicación: enfoque clásico[13]

1. Motivación para el cambio • Necesidad de modificar sufrimiento • Reconocimiento de base psicológica del malestar. • Deseo de comprender para cambiar	5. Expectativas favorables del tratamiento a partir de la confianza mutua de paciente y terapeuta para trabajar juntos
2. Capacidad de *insight* y autoobservación	6. Trastornos emocionales actuales o de inicio reciente
3. Áreas conservadas de la personalidad	7. Defensas no muy rígidas
4. Capacidad del paciente para circunscribir conflictos relacionales	8. Psicopatología no muy grave, en el sentido de que no predominen las tendencias auto y heterodestructivas

De entre todos estos criterios destacaría los siguientes: la motivación del paciente para *modificar* el sufrimiento (y no solo *aliviarlo*), cierta capacidad de autoobservación —de sí mismo y de su relación con los otros—, y añadiría un tercero: un grado aceptable de confianza en la capacidad del profesional para proporcionarle ayuda.

3. Indicadores psicodinámicos para la psicoterapia psicoanalítica

Llamo indicadores psicodinámicos (A. Pérez–Sánchez, *op. cit.*)[14] a aquellos datos que extraemos de la conjugación de los obtenidos de las tres áreas de exploración diagnóstica: biográfica, psicopatológica y de la entrevista. Los considero significativos para delimitar el perfil del paciente idóneo para la psicoterapia psicoanalítica, en general. Cada indicador viene determinado por dos polaridades, y en algún punto del espectro entre una y otra polaridad se halla dicho aspecto en la personalidad del paciente. Luego me ocuparé de su especificación para la PBP.

a. *Grado de presencia de los aspectos enfermos/sanos*. *Contacto con el sufrimiento emocional y la capacidad de tolerarlo*. Es decir, el grado de aceptación del estar «enfermo», del sufrimiento que padece. Lo enfermo también se refiere al funcionamiento mental y relacional adherido a pautas que le son perjudiciales. El otro lado de la bipolaridad de este indicador versa sobre los recursos sanos de la personalidad del paciente que le permite reconocer dicho funcionamiento patológico, y los recursos yóicos al servicio de colaborar en la entrevista y en la eventual psicoterapia.

b. *Grado de presencia de los aspectos infantiles/aspectos adultos. Contacto con los aspectos infantiles de la personalidad*. Aquí trato de captar los aspectos infantiles y los adultos de la personalidad del paciente, así como la vinculación entre unos y otros. Respecto de los aspectos infantiles habría que distinguir entre la dimensión «regresiva» y la «progresiva». La primera consiste en la tendencia a volver a pautas de funcionamiento mental propias de las estructuras infantiles, una de cuyas características más importantes es la omnipotencia, donde no se reconoce al otro sino como parte de uno mismo, dando lugar a una dependencia malsana, en menoscabo del crecimiento. La dimensión «progresiva» comporta el reconocimiento de la necesidad y dependencia del otro para que sea posible el crecimiento y el aprendizaje a través de la experiencia.

   El otro polo de este indicador, el aspecto adulto de la personalidad, atañe a la capacidad de asumir la responsabilidad y el compromiso para manejarse con la realidad (externa y psíquica) de manera satisfactoria, según los propios recursos.

c. *Grado de sinceridad/insinceridad (mentira).* Tolerar el reconocimiento de la propia realidad psíquica, sin distorsionarla, no siempre es fácil. En consecuencia, siempre existirá una tendencia a crear una realidad distorsionada, de manera que hablaremos más bien de grado de sinceridad/insinceridad. Presupongo una actitud consciente «sincera» y por lo tanto, los aspectos mentirosos a los que aludo son inconscientes. Entonces es difícil evaluarlo, y dependerá de la impresión del terapeuta durante las entrevistas, y de la concordancia o no entre el contenido del material que aporta y la componente emocional que le acompaña. Por ejemplo, el paciente que nos habla de situaciones penosas de su vida pero con un tono emocional frío y distante; o la persona que nos dice que está deprimida pero que su estilo de relato no nos transmite ningún sentimiento en ese sentido, etc.

d. *Amor/odio a la verdad.* Este indicador versa sobre la necesidad o el rechazo a conocer sobre uno mismo, los demás y el mundo que nos rodea. Querer saber, u odiar saber cómo son las cosas realmente, y, entre otras, la propia personalidad.

e. *Grado de tolerancia al dolor/placer*. Todos los indicadores mencionados hasta ahora tienen como referencia común destacable el grado de tolerancia al dolor psíquico; o dicho de otra manera, de la tolerancia a la frustración, cuando la realidad no es como quisiéramos. Pero es importante también valorar el polo opuesto: el grado de tolerancia y la búsqueda del bienestar, el disfrute, el placer.

f. *Tolerancia a las ansiedades de vinculación/separación.* Es sabido que para el crecimiento del individuo, la tolerancia a las experiencias de separación constituye un factor decisivo. De otra manera no podríamos separarnos de los objetos primordiales, de las personas de quienes dependemos, y no sería posible construir la propia identidad. Pero para que la ausencia del objeto sea tolerada, es previa la condición de que se haya podido aceptar una vinculación con el mismo de quien se necesita para el crecimiento. La importancia que le concedo a este indicador queda patente al tener en cuenta como prioritarios estos elementos al hablar del proceso psicoterapéutico en el capítulo anterior.

4. Criterios de indicadores psicodinámicos específicos para la Psicoterapia Breve Psicoanalítica

Se derivan de tener en cuenta los dos factores que consideramos específicos de la PBP: el tiempo y la focalización. Desde el punto de vista del enfoque clásico, además de los dos criterios básicos generales mencionados, la motivación para el cambio y una cierta capacidad de *insight*, destacaría la capacidad del paciente para circunscribir conflictos relacionales, y la impresión del terapeuta sobre la posibilidad de trabajar conjuntamente con el paciente.

Y desde la perspectiva del enfoque de los indicadores psicodinámicos, destacaría el *Grado de tolerancia frente a las experiencias de vinculación/separación.* En efecto, el paciente con una tendencia importante a establecer relaciones de dependencia tendrá serias dificultades para aceptar la separación de una experiencia corta. Pero también planteará problemas de viabilidad de la psicoterapia breve el paciente con unas defensas muy rígidas y con dificultades de contacto emocional (piénsese, por ejemplo, en un paciente de personalidad narcisista o paranoide) los cuales necesitarán mucho tiempo antes de que tales defensas hayan disminuido para establecer un vínculo terapéutico con el terapeuta. El indicador anterior junto a las *posibilidades de delimitar áreas de trabajo* serían dos elementos fundamentales para la indicación de la PBP. Siempre será más susceptible de una PBP el paciente que muestra un área de conflicto relativamente delimitada, que vaya más allá de la sintomatología. Pero no consideraría una contraindicación el que no se pueda establecer con claridad dicha área, si el paciente está motivado a vivir la experiencia terapéutica y existen algunos aspectos de su personalidad que puedan señalarse como prioritarios para trabajar, aunque el planteamiento quede muy genérico. Lo aclararé más en el capítulo sobre focalización.

En resumen, podríamos decir que el paciente que puede beneficiarse de una PBP es alguien que está en contacto con el sufrimiento emocional, reconoce los aspectos infantiles de su personalidad, existe un cierto grado de presencia de aspectos adultos y sanos de la misma, muestra un grado suficiente de sinceridad, así como una capacidad para vincularse y separarse. O dicho de otra manera, más gráfica y esquemática, los indicadores fundamentales que trato de retener son los que me permiten configurar una imagen de la persona que consulta y que en el caso de la que considero apta para psicoterapia breve sería la siguiente: *la persona que viene a consultar y «trae» por sí*

sola, es decir, con sus aspectos adultos, al paciente que sufre y al niño que necesita crecer, y tiene alguna capacidad para decir 'hola' (establecer una relación de ayuda) y para decir 'adiós' (tolerar la separación).

5. Material clínico: tabla y resúmenes de casos

En este apartado recojo la parte de experiencia clínica estudiada en el seminario con un grupo de psicoterapeutas al que me referí en la Introducción. Me parece importante que junto a las consideraciones teóricas se muestre material clínico que las apoye. La razón es evitar un cierto desfase que suele encontrarse entre las recomendaciones de los manuales y libros dedicados al tema y la realidad clínica. Se verá que si bien los criterios e indicadores propuestos pueden servir de guía, no siempre pueden tomarse completamente a rajatabla.

Como ya dije en la Introducción, a fin de que la muestra sea suficientemente amplia y a la vez tenga cierta profundidad, la manera de presentar el material clínico incluye tres niveles. Un *primer nivel A*, expuesto en una tabla donde se recogen todas las psicoterapias llevadas a término en el grupo de trabajo que coordiné; hago una brevísima exposición de la clínica de cada caso y un par de líneas para describir el foco establecido. En un *segundo nivel B*, informo, en resúmenes cortos, de algunos de estos casos para ilustrar las características psicodinámicas o indicadores que permitieron llegar a la indicación de PBP. Finalmente, *un tercer nivel C*, en el que expongo un amplio resumen de un caso para evidenciar no sólo la indicación sino también la evolución del proceso terapéutico hasta su terminación. Como la clínica me parece la mejor manera de dar cuenta de cómo se aplica lo que se plantea teóricamente, a lo largo de todo el libro recurriré a ella con casos más o menos detallados según las necesidades del capítulo, de material procedente de otras fuentes además de la que aquí utilizo ahora y que corresponde al seminario citado.

5.1. Material clínico A: Tabla de psicoterapias terminadas

En la Tabla 3.1 pueden observarse varias columnas que registran el sexo y edad, una somera descripción clínica con el foco escogido, tiempo de duración de la psicoterapia y número de sesiones y, por último, observaciones, cuando las haya. Se verá que no siempre el número de sesiones en algunos pacientes es el mismo que en otros con igual duración del tratamiento. Ello depende del momento de inicio, de la coincidencia del día de sesión con fiestas, o el ajuste de los períodos vacacionales entre terapeuta y paciente. Lo que pretendo con la tabla es dar una panorámica general del tipo de pacientes a los que se le indicó la PBP y se consiguió llevarla a término. Considero psicoterapias

terminadas las que obtuvieron una mejoría clínica a partir de la demanda inicial a través de haber trabajado el foco terapéutico propuesto, es decir, de haber conseguido una comprensión del mismo y durante el tiempo de duración previsto. En la tabla indico algunas iniciales que tienen los sentidos siguientes. En la primera columna: R, resumen del material clínico que es expuesto más abajo en el nivel B. «C» indica que se trata de un «Caso» del que existe descripción amplia y el número romano al correspondiente en el orden en que está expuesto en el libro. Como dije, no todos los casos están extraídos del seminario, sino de otras fuentes, por lo que se apreciará que en la tabla los casos no siguen un orden correlativo.

Tabla 3.1. Psicoterapias indicadas y terminadas

Caso	Sexo Edad	Clínica y Foco	Tiempo/Sesiones	Observaciones
1	H. 36 a	Dificultades de convivencia en grupo. Quejoso y sensible a las pequeñas agresiones de los demás. **Foco**: temor a las consecuencias de su agresión sobre el otro.	6 m. 25 ses.	Limitación de tiempo por circunstancias externas, desde el inicio del tratamiento.
2	H. 24	*Adolescencia tardía (AT)* no resuelta. Tras pérdida relación afectiva, depresión y manifestación de estado de inmadurez. **Foco**: evidenciar conductas pseudo adultas (la relación con la novia); deshacer confusión: esforzarse para crecer es someterse a las exigencias del padre, de ahí el resentimiento contra éste.	12 mes. 47 ses.	AT
3	M 49	Depresión. **Foco**: sentimiento de culpa por hija drogadicta: se siente «mala madre», por no haberla cuidado «suficientemente» y ser exigente. Relación dura con la propia madre. Falta de reparación psíquica imagen materna.	15 m. 46 ses.	
4	M 18	Bulimia. **Foco**: confusión de que el bienestar y crecimiento psicológico de la familia depende de ella; ha de asumir más las cargas de ésta, y por tanto, «ha de comer por todos».	12 m. 41 ses.	
5	H. 23	*Adolescencia tardía* no resuelta. **Foco**: confunde dependencia con sobreprotección.	11 m. 38 ses.	AT
6	H. 25	*Adolescencia tardía* no resuelta. **Foco:** la aceptación de necesidades infantiles no sólo no impide crecer y hacerse adulto, como él cree, sino que es necesario para ello.	14 m. 45 ses.	AT
7	M 27	Molestias somáticas funcionales. **Foco**: conflicto figuras de autoridad, al suplantarlas para atender las necesidades de otros, evitando y dificultando sus posibilidades de autonomía	12 m. 45 ses.	
8	M 29	*Adolescencia tardía* no resuelta. Ansiedad y depresión, sentimiento de fragilidad personal, tras ruptura afectiva. **Foco**: examinar las experiencias de separación; y sus dificultades en expresar sus quejas por temor a que el otro (sentido frágil, proyectivamente) no lo pueda tolerar.	12 m. 42 ses.	AT
		Adolescencia tardía no resuelta. Capacidades yóicas. Pide apoyo para seguir haciéndose cargo del entorno familiar desfavorable		

9 [R]	M– 22 a.	(hermana psicótica y madre limitada). Dificultades para independizarse de la familia. **Foco**: ayudarla a aceptar las propias necesidades, disminuyendo la proyección de éstas sobre la familia y confiando algo más en ésta, a pesar de las limitaciones.	12 m. 44 ses.	AT
10 C–I	H. 22 a.	*Adolescencia tardía* no resuelta. Conducta violenta episódica en ámbito familiar. **Foco**: «Higienizar» sus relaciones familiares, mediante diferenciación de roles de cada miembro en la familia, incluido el propio, de hijo.	12 m 48 ses.	AT. Indicadores para la PBP.
11	M 20	*Adolescencia tardía* no resuelta. Jaqueca por tensión, tras aborto provocado. Final adolescencia no resuelto. Embarazo como huida hacia adelante. **Foco**: reconocer aspectos infantiles «borrados» de su mente, que impide su crecimiento psíquico.	9 m. 33 ses.	AT. Desde indicación de PBP a inicio pst. pasa un año, con entrevistas esporádicas con la terapeuta.
12 [R]	M 32 a.	Depresión. *Duelo patológico antiguo* (DPA). Hace 3 años, suicidio hermana, con quien relación competitiva. **Foco**: necesita hacerse cargo de las cosas de los demás, para expiar la muerte de la hermana, y por desconfianza en la capacidad de los otros (al proyectar sus necesidades).	12 m.	DPA
13	M 30	Trastorno emocional: ansiedad y depresión, tras ruptura de pareja. *Duelo patológico antiguo* (madre, muere hace dos años). **Foco**: Elaboración duelo madre, que se reactiva con pérdidas posteriores.	12 m. 42 ses.	DPA
14	M 43	Depresión y somatizaciones funcionales. Varios *Duelos patológicos antiguos*. Muchas muertes próximas. **Foco**: Elaboración muerte de la madre, pérdida central.	12 m. 36 ses.	DPA. Buenos recursos mentales y emocionales
15	M 33	Depresión y cierta anorexia. Ansiedad por la alimentación de sus hijos pequeños. *Duelo patológico antiguo* por la madre. **Foco**: dificultades de función materna nutricia, vinculado con el duelo por la madre no resuelto, dificultando la identificación con una buena figura materna, y el proceso de introyección.	13 m. 44 ses.	DPA.
16	M 26	Depresión y ansiedad por excesivas responsabilidades. **Foco**: *duelo patológico antiguo* (madre) que le lleva a asumir más responsabilidades de las propias de su edad.	7 m. 20 ses.	DPA. Final anticipado acordado. Entrevistas de Seguimiento (2)
		Síntoma conversivo: afonía importante. *Duelo patológico antiguo*. Escisión de la figura materna: una idealizada (en la persona que murió y la cuidó durante años) y otra infravalorada (la madre		

17	M 38	biológica). Si reconoce y elabora el duelo por la primera, irá en detrimento de la segunda. No puede «hablarlo» con nadie. **Foco**: Disminuir la escisión, para elaborar duelo no resuelto y revalorizar a la madre actual. La psicoterapia le permite «hablar» de ello.	42 ses.	DPA.
18 C–VII	M– 21	Ansiedad por sobrecarga al atender a madre psicótica. Ello impide que pueda ocuparse de su vida. **Foco**: examinar el sentimiento de culpa que la «ata» a la atención de la madre; reconocerle «recursos personales» para usarlos en ella.	12 m. 42 ses.	E S: (2). A pesar del entorno desfavorable, PBP viable y exitosa.
19	M 27	Ansiedad ante su próxima boda. Buena relación con la pareja. **Foco**: Dificultad de una pareja parental interna unida con la que identificarse, y así poder unirse a su propia pareja. La infravaloración de la primera impide la segunda.	12 m. 44 ses.	
20	M 24	Ansiedad y sentimiento de dificultad para hacerse cargo de su vida. Actitudes y conductas pseudo adultas. *Adolescencia tardía* no resuelta. **Foco**: la vergüenza de haber sido madre muy joven; y aclarar que la transición de la niñez a la adultez comporta pasos (la adolescencia), reconociendo los aspectos infantiles en crecimiento.	10 m. 38 ses.	AT
21	M 27	Tristeza y ansiedad. Enuresis esporádica actual. Buena relación con marido, pero algo regresiva (sexualidad incompleta). Escisión: la relación buena ha de ser regresiva; la relación adulta está dominada por peleas. **Foco**: ayudar a disminuir esta escisión.	11 m. 43 ses.	E D: (5), Tardó cinco meses inicio. Infancia penosa por las peleas de los padres. Buena relación con terapeuta
22	M 26	Agorafobia, somatizaciones funcionales en tracto digestivo, vaginismo. Infancia: «cuento de hadas». Figuras paternas asexuadas. No reconocimiento propia agresividad. **Foco**: reconocimiento de sus tendencias hostiles, necesarias para construir relaciones; revisar imagen parental asexuada y sin conflictos.	11 m. 45 ses.	
23 [RA] C–IV	H. 22	*Adolescencia retrasada*. Dificultades relación con chicas. Le preocupa impotencia sexual. Complejo pene pequeño. Pareja parental interna desvalorizada, en especial figura paterna. **Foco**: «higienizar» relaciones familiares, desde el paciente; aceptarse como hijo, no supone permanecer como niño.	13 m. 45 ses.	AT. [I T: en s–1 y s–2] Entorno desfavorable pero PBP viable.
24 [RA] C–VI	M 39	Ansiedad por exceso de responsabilidad familiar. «No he tenido infancia ni juventud». **Foco**: aceptar aspectos infantiles necesitados, para disminuir omnipotencia.	12 m. 42 ses.	E D: 5. «La esposa resentida»
25			12 m.	

25 [R]	M 30 a	Depresión. Separación marido. Culpa al dejar al hijo sin padre y ella no poder asumir función paterna. **Foco**: Conflicto figura paterna.	12 m. (40ses)	
26	M 19 a.	Inhibición. Conflicto con la madre. **Foco**: concienciar aspectos competitivos y envidiosos con la madre.	12 m. (40 ses)	
27 [R]	M 26 a.	Depresión tras contratiempo laboral, con ideas compulsivas suicidas (de arrojarse al metro). Abuelo y padre se suicidaron. *Duelo patológico antiguo*. Sentimiento de ser desatendida en su infancia. Problemas para atender a la hija pequeña. **Foco**: la diferenciación no implica desatención.	12 m. (40 ses)	DPA. Viene a primera visita con hijo de 3 a. «Madre–coneja» (muchos hijos) no se sintió atendida afectivamente por ella.
28 [R]	H. 17	Adolescencia estancada. Trastorno conducta alimentaria (anorexia), insomnio. Separación de novia. Temor al crecimiento. **Foco**: crecer no implica «ser malo»; ayudar a integrar aspectos agresivos.	12 m. (40 ses)	

5.2. Material clínico B: Breves resúmenes de algunos casos de la tabla

En el resumen que sigue de algunos de los casos de la tabla podrán observarse varias cuestiones. Una descripción más precisa de la clínica, así como de la focalización y ciertos comentarios específicos, en alguna ocasión, como los indicadores que apuntaron a considerar la PBP como el tratamiento de elección.

Caso 3

Clínica: Mujer de 49 años que consulta por depresión, con una hija drogadicta que no sabe cómo tratar. A veces se siente dura, mala madre y culpable, porque durante la infancia de las hijas no pudo atenderlas al tener que trabajar por quedarse viuda pronto. Otra hija, tuvo que ser cuidada por una prima con quien finalmente se quedó a vivir, incluso tomando los apellidos de ésta. Mujer que ha sufrido y trabajado mucho. Conflicto con la propia madre, por quien siente asco porque la considera sucia; incluso ha de contener la respiración cuando se le acerca. Reconoce que se está desequilibrando. Sueña que su hija drogadicta está muerta. Se ha casado de nuevo y ha tenido otra hija con la que sí ha podido hacer de madre y con la que está muy satisfecha.

Foco: sentimiento de culpa en relación con la «desatención» de las primeras hijas, vinculado al aspecto de ella de «mala hija» que siente asco por la madre, no habiendo podido realizar una reparación suficiente, ni en una ni en otra relación, a pesar de tener una nueva hija. (Tiempo: 12 meses. Sesiones: 47)

Comentario: El hecho de que haya podido cuidar de la hija de su segundo matrimonio indica que sí hay una capacidad materna para hacerlo, y por lo tanto un aspecto de ella como hija que pudo reconocer a la madre en su función materna e identificarse con ella. Pero este aspecto debe estar disociado de otro que rechaza a la madre, no se siente buena hija y en consecuencia se identifica con una mala madre interna. Hay preocupación por ello, como lo indica el sueño (la hija muerta) que a la vez indica su capacidad de autoobservación, así como su idea de que esto la está «desequilibrando» Es capaz de establecer vínculos, como lo muestra el nuevo matrimonio y la relación con la hija del mismo. Por tanto, se ve capacidad para tratar el foco que se le plantea.

Caso 4

Clínica: Chica de 18 años que consulta por bulimia, acompañada de la madre. Dice la paciente: «como y me provoco el vómito». Empieza a engordar al año siguiente de tener la regla. Todo fue bien hasta que coincidiendo con su adolescencia el negocio familiar fracasó y la madre, sobre todo, necesitó apoyarse mucho en ella. Se aprecia que se siente muy ligada a la familia, de manera que diferenciarse de ellos, supondría su pérdida. Comer bulímicamente, en este caso, tiene el sentido de alimentarse para sustentar a la familia que se apoya en ella, pero luego no puede «digerirlo», por lo que ha de «vomitarlo».

Foco: está dirigido a desvelar esa confusión en la que cree que crecer implica hacer crecer a toda la familia con ella, por lo que debería «comer» mucho. Es como si en su fantasía inconsciente tuviera que «comer por toda la familia» para estar fuerte y asumir las responsabilidades familiares. Pero luego no puede «digerir» tanta responsabilidad. También teme, separarse de la familia, es decir, «comer» tan sólo para ella misma, pues eso supondría enfrentar los temores de si sería capaz de una autonomía. El aspecto voraz específico queda expresado por la expresión de la paciente: «A mi madre, los problemas le comen por dentro». La paciente reconoce que no le gusta como es. Se advierte capacidad de observación, interesada en saber de sí misma, hay contacto con la ansiedad que le moviliza todo su estado, así como con los aspectos infantiles de ella misma. (Tiempo: 12 meses Sesiones: 41)

Comentario: se trata de una adolescencia complicada por las tendencias casi omnipotentes de ser la que resolverá los problemas de la familia. Pero existen indicadores que apuntan en el sentido favorable para la indicación PBP. Reconoce su sufrimiento, quiere cambiar aspectos de ella que no le gustan, y está en contacto con los aspectos infantiles, además de la capacidad de observar su mundo interno.

Caso 5

Clínica: Adolescencia tardía no resuelta. Problemas de identidad personal, pues ha vivido de prestado, según la idea de lo que los demás consideran que es ser adulto: «Ser buen chico». Madre sobreprotectora.

Foco: Dificultades para aceptar una auténtica relación de dependencia, que confunde con la sobreprotección; y en segundo lugar, un mayor reconocimiento de los sentimientos y emociones que le son propios, incluidos los de índole agresiva. (Tiempo: 11 meses. Sesiones: 38)

Comentario: El problema para crecer en este caso estaba basado en las dificultades para integrar los aspectos agresivos en su personalidad, inhibidos por una madre sobreprotectora. Hay una capacidad de vínculo con el terapeuta, mostrando una disposición para revisar el foco propuesto.

Caso 6

Clínica: Hombre de 25 años. Adolescencia tardía no resuelta, particularmente en afianzar la identidad sexual. Tras una apariencia de personalidad narcisista se oculta una organización bastante infantil. Cree que reconocer sus necesidades infantiles es ser menos «hombre». Le afectó la lesión traumática de un testículo. Pone mucho énfasis en «ser macho», beber, fumar, salir con chicas, para demostrar su potencia masculina. Reconoce lo enfermizo e inadecuado de esa vía.

Foco: Reconocer las necesidades infantiles es necesario para crecer y hacerse hombre; y la identidad sexual no se consigue por el mero hecho de realizar el coito. (Tiempo: 14 meses. Sesiones: 45).

Comentario: Aunque también es una adolescencia tardía, aquí los obstáculos para superar la etapa adolescente tienen que ver con la confusión en la identidad sexual, por lo cual para ser adulto varón bastaría con comportarse como hacen los adultos en el terreno sexual, según su fantasía inconsciente.

Caso 7

Clínica: Mujer de 27 años que consulta por molestias somáticas funcionales: dolor en hipocondrio, náuseas etcétera. Siempre se ha ocupado mucho de la familia, desatendiendo sus necesidades. Ella era la única que en casa no tenía su propia habitación. Dificultad con las figuras de autoridad.

Foco: Esta dificultad puede estar en relación con la tendencia a suplantar a las figuras parentales; no puede hacerse autónoma porque sólo atiende las necesidades de otros, no reconociendo las propias. (Tiempo: 14 meses. Sesiones: 45)

Caso 8

Clínica: Hombre de 29 años. Adolescencia tardía no resuelta. Ruptura afectiva con la novia que ha puesto en evidencia la fragilidad y limitaciones de su personalidad. «Ha sido como si me desprendiera de una parte de mi persona», dice. Se esfuerza y piensa mucho en sus cosas. Funcionamiento imitativo y adhesivo. Temor al predominio de aspectos

psicóticos: sueños premonitorios que se cumplen fatalmente. A pesar de haber sido un niño enfermizo «salió adelante». Da buena información de su infancia, lo que expresa un buen contacto con sus aspectos infantiles. Madre débil y padre ausente.

Foco: las experiencias de separación, así como enfrentar sus temores a expresar sus quejas porque cree que el otro no podrá tolerarlo. (Tiempo: 12 meses. Sesiones: 42)

Caso 9

Clínica: Mujer de 22 años. Consulta porque ella sola no puede con las cargas de la familia, lo que le genera ansiedad y pide un tratamiento que le ayude a soportar esa carga. Ambiente familiar muy desfavorable. Hermana psicótica en tratamiento psiquiátrico. Madre, al parecer con algún tipo de trastorno psiquiátrico que no quiere tratarse. Padre irritable. Conducta pseudo adulta.

Foco: Reconocimiento de las propias necesidades como condición necesaria para enfrentar la separación de la familia y entrar en la adultez, tolerando que los demás puedan atender esas necesidades: la familia aún con las limitaciones existentes, y otras personas, como el terapeuta, con sus capacidades. (Tiempo: 12 meses. Sesiones: 44)

Caso 12

Clínica: Mujer de 32 años. Duelo patológico antiguo. Hace tres años suicidio de hermana con la que existía relación competitiva. Conflicto de pareja. Siempre muy responsable. Ya a los 13 años, la madre le tenía más confianza a ella que al padre. Ausencia del padre en la infancia. Se preocupa en la entrevista por si excederá del tiempo que la terapeuta tenga reservado para ella.

Foco: Su desconfianza en la capacidad del otro para hacerse cargo de sus cosas. Segunda cuestión a indagar: la relación con la hermana muerta. Es decir, su culpa por la hermana muerta. ¿Su muerte constituyó un «triunfo» sobre la hermana? Su dedicación a los demás constituye una manera de «expiar» los sentimientos de culpa. (Tiempo: 12 m.)

Caso 25

Clínica: Mujer de 30 años. Enviada por neuropsiquiatra de zona. Separada desde hace unos meses. Sentimiento de culpa porque a causa de la separación el hijo (7 años) no tendrá un padre y ella no será capaz de asumir la función paterna. En realidad existe un conflicto no resuelto de la paciente con la figura paterna, pues considera que ella no ha tenido un padre que la ayudara a crecer. Habla de su preocupación por el niño porque ha

tenido enuresis hasta hace poco. Tiene otra hija pequeña. Trae un sueño en el que puede entenderse su temor a ver en la terapeuta un superyó (policía) que la vaya a castigar.

Foco: La relación en el cuidado de sus hijos, asumiendo la función materna y paterna en la medidas de su posibilidades. Otro nivel, el reconocimiento de sus aspectos infantiles que teme no puedan ser contenidos si no hay una figura paterna suficientemente fuerte. La paciente está preocupada por quién contendrá lo infantil de ella, sus sentimientos infantiles, más primitivos, si falta el padre (su marido) ya que siente que no ha podido internalizar una figura paterna de manera suficientemente consistente. (Tiempo: 12 m. Sesiones: 40)

Caso 26

Clínica: Conflicto adolescente. Chica de 19 años que consulta por inhibición importante en sus relaciones sociales. Problema de rivalidad con la madre. En la fantasía de la paciente, la madre se queda con lo bueno y ella es la niña desatendida. La paciente aparenta tener menos recursos de los que posee, como una manera de poner en evidencia a la madre, por lo poco que ha recibido de ésta. Siente que la madre no va a tolerar, por envidia, que ella progrese y crezca. Se la ve sincera y colaboradora.

Foco: Problemática adolescente no resuelta, por conflicto con la madre. (Tiempo:12 m . Sesiones 40)

Caso 27

Clínica: Mujer de 26 años. Consulta por ansiedad por la vivencia de no ser aceptada en el nuevo trabajo. Ideas compulsivas de arrojarse al metro. Abuelo y padre se suicidaron. Historia infantil: «madre–coneja» con muchos hijos a los que no cuidaba. Se recuerda ella estando en un rincón. Acude a la primera entrevista con la hija de 3 años. Es una manera inadecuada de traer sus aspectos y necesidades infantiles. Su hija no fue buscada. Cierta confusión con la hija.

Foco: La diferenciación y separación necesaria en las relaciones es sentida como que se la «deja en un rincón». No está satisfecha con lo que se le da, por desvalorizarlo, porque requeriría cosas «muy especiales». (Tiempo: 12 m. Sesiones 40)

Caso 28

Clínica: Chico de 17 años. Desde hace dos años comportamiento extraño: retraimiento, insomnio y cierta anorexia tras no ser correspondido sentimentalmente por

una chica.

Foco: Problemática adolescente no resuelta. En realidad se aprecia un temor al crecimiento. Ser mayor implica ser «malo». Se es bueno si se es («buen») niño. (Tiempo: 12 m. Sesiones 40)

5.3. Comentarios generales sobre los casos de la tabla

Si dividimos la muestra en bloques de edades, este es el resultado: 18 años o menos: 2; entre 19 y 29: 17; y de más de 30: 9, siendo el de mayor edad de 49 años. Es decir, que existe un predomino de la segunda franja de edad, el adulto joven. Y dentro de ésta, el tipo de manifestación que predomina es el que hemos denominado *adolescencia tardía* no resuelta (AT), y que describiría así: un adulto joven, por encima de los 20 años de edad, que plantea problemas de separación de la familia y de acceder a una mayor responsabilidad por su vida psíquica con manifestaciones distintas en cada caso, desde conductas violentas a estados de ansiedad o depresión, a conductas pseudo adultas. En la franja de edad de los mayores de 30 años, las manifestaciones clínicas de los pacientes que se beneficiaron de la PBP consistían en lo que hemos dado en llamar *duelo patológico antiguo* (DPA). Para calificar un duelo de *antiguo*, habría que precisar cuánto tiempo debería haber pasado. Un criterio sería tener en cuenta el tiempo que estimamos necesario para elaborar un duelo en condiciones más o menos óptimas. Podríamos pensar en un período comprendido en un año, tal vez, con secuelas durante el segundo. Pero si el duelo persiste a partir de los tres años, o bien, lo que es habitual, si durante ese intervalo se ha recurrido a formas defensivas que han evitado su elaboración, con lo cual puede transcurrir incluso más tiempo, entonces podemos considerar que se trata de un duelo antiguo no resuelto.

En el próximo capítulo encontraremos también algún caso de duelo patológico antiguo al hablar precisamente de aquellos pacientes en los que no les fue indicada la PBP. Por lo tanto, cabe pensar como siempre, desde el punto de vista psicodinámico, que no es el hecho clínico en exclusividad lo que determina la idoneidad o no de un paciente para una psicoterapia. Es necesario tener en cuenta otros factores como los que he denominado «indicadores psicodinámicos». En este sentido también, podemos observar en la tabla, que desde el punto de vista clínico hay una variedad de patologías que pudieron ser subsidiarias de la PBP, lo que abunda en la idea de que siempre es limitada la

consideración sindrómica como único criterio de valoración. En efecto vemos demandas por depresión y ansiedad, las más frecuentes, a síntomas conversivos y somatizaciones funcionales y fobias.

5.4. Material clínico C: Caso I. «El chico responsable de la "higiene" relacional familiar» (Caso 10)

En el siguiente caso, se exponen con más detalle los indicadores para PBP, incluyendo un resumen del proceso terapéutico y su terminación. El tratamiento tiene una duración de doce meses, con un total de 48 sesiones.

Entrevistas diagnósticas

Acude a visitarse por mostrar reacciones violentas en el ámbito familiar, y a sugerencia de la novia. Gracias a ésta ha empezado a darse cuenta que la organización familiar y el tipo de relación con la madre no es muy sano. El paciente detecta bien el problema al relacionarlo con los padres, en especial con la madre. Los padres se separaron, hace seis años, por reacciones violentas del padre contra la madre y él (mayor de los hijos). Tras la marcha del padre, él ha asumido el papel, no sólo de hermano mayor, sino de padre: «parezco el marido de mi madre». Siempre ha habido mucha confianza y complicidad con ella. El paciente crítica el desorden material de casa, la poca higiene. Por ejemplo, la madre y todos usan las mismas toallas del baño, con lo que se contagian de hongos. Pensamos en la supervisión que este dato expresa bien la poca «higiene» en las relaciones: los papeles no están bien diferenciados, sobre todo el suyo, cuando la madre acude a él para explicarle sus aventuras sexuales con hombres. El paciente se ha visto envuelto en la relación de seducción sutil de la madre y la única manera de mantener la distancia es reaccionando con violencia.

Anuló la segunda entrevista porque no tenía dinero para pagar[15]. No quiere contraer deudas, porque entonces no puede exigir lo que le corresponde, dijo luego. De pequeño se sentía superior a los demás porque sabía de todo. Buenos recuerdos de la primera infancia. Incluso del padre que, aunque a veces le pegaba, luego le gratificaba con algo. Después, al despertar la adolescencia y con ella su sexualidad, vino la época en que el padre le pegaba más, con lo cual relacionó su vida sexual (masturbaciones) con los castigos físicos del padre, aunque éstos fueran por otros motivos, de manera que la sexualidad quedó ligada a algo sucio y malo. Trae un sueño en el que pasan unos niños

cantando, mientras él está solo y triste, aunque a gusto. Dificultad en diferenciar lo afectivo de lo sexual en la relación con la madre.

Indicadores para PBP

El paciente se muestra sincero, en cuanto hay una correspondencia entre el tono emocional empleado y el contenido de lo que dice. Expresa sufrimiento. Intuye lo que le pasa en relación con la madre y quiere modificarlo. Contacta con sus aspectos infantiles, como muestra el sueño, aunque en el mismo se aprecia una actitud autosuficiente, pues a pesar de estar solo, está bien; sin embargo, al mismo tiempo está triste. En el grupo de supervisión se valora positivamente la relación con la chica, como un estímulo para conseguir una relación de pareja higiénica. También las condiciones del encuadre terapéutico le permitirán vivir la experiencia de una relación en la que pueda existir una implicación personal, pero que sea higiénica, en la medida que aprenda que cada miembro de esta pareja, terapeuta y paciente, tienen una función específica.

El foco que se establece es el de la necesidad de higienizar las relaciones de casa («que cada uno pueda tener su propia "toalla" y que no se contaminen los hongos de unos a otros» como dijimos en el seminario), de manera que él pueda ir consiguiendo esa independencia que desea pero sin que implique una ruptura violenta, sino aceptando la diferenciación de funciones de los miembros de casa, empezando por la suya de hermano mayor e hijo y no «marido de la madre». Así como poder limpiar su mente, clarificando sus ideas, y viendo las que sean sucias y que pueda reconocerlas.

Evolución de la psicoterapia

En la sesión 4ª se trata el tema de las dificultades de diferenciación del paciente entre la relación afectiva y la sexual respecto de la madre. La relación afectiva se contamina de la segunda. Vemos en la supervisión el extremo cuidado necesario en toda psicoterapia, y de manera especial en PBP, al tratar temas delicados como son los que aluden a las fantasías incestuosas, ya que es egodistónico y el propio paciente lo siente como algo horrible, puesto que no es plenamente consciente, y es muy doloroso.

En la sesión 27ª se pone de manifiesto en la misma relación terapéutica su propia contribución a que las cosas no estén claras. En este caso por dificultades con el pago de las sesiones; lo ha dejado dicho a la secretaria de la institución y lo da por resuelto sin mencionarlo al terapeuta. De hecho, terapeuta y paciente habían quedado que el asunto de los honorarios sería una cuestión que tratarían entre ellos, como algo privado que

forma parte de esta relación, y de lo que los demás no tienen por qué estar al tanto. Pareció pertinente esta actitud técnica porque justamente suponía lo contrario de lo que sucede en casa y de lo cual se queja. Se pone así de manifiesto su tendencia a veces a adoptar actitudes de poca claridad para que así tenga cabida todo, mezclando lo limpio de uno con lo sucio del otro, con lo que termina «ensuciándose» todo, pero quejándose luego que es mamá quien lo hace. Lo que no obvia que la madre sea una persona con dificultades para propiciarlo también.

Sesión 42. Durante el transcurso de la psicoterapia hubo una temporada en que fue dejando el compromiso con la novia con quien sólo mantenía una relación física, sexual, al tiempo que inicia una relación meramente afectiva con otra chica. Vemos la necesidad del paciente de mantener escindidos ambos aspectos, ligados a la aún insuficiente discriminación de la relación afectiva con lo sexual en la relación con la madre: la chica con la que mantener relaciones sexuales (lo sucio), por un lado, y la chica con quien establecer una relación afectiva «limpia», al estar exenta de lo sexual, por otro.

Sesión 43. Sobre logros de la psicoterapia ante la terminación

Puede hablar de que ya no idealiza al niño puro que encubre al perverso. No tocar a M (la última chica) porque es como una madre, y en cambio la otra es de «usar y tirar». Pero en cambio ha podido tener una experiencia con M en la que ha aunado ambas cosas. Reconoce que ya no piensa, como al principio del tratamiento, que cuando se acabe tendrá un gasto menos, porque pesa más el hecho de que no tendrá las sesiones, y considera que el terapeuta ha sido alguien importante para él. Al mismo tiempo, quiere que se le reconozca el esfuerzo que él ha hecho. Entiende que acabará el tratamiento con «una lista de espera» de cuestiones suyas aún no resueltas. Y también una lista de espera de otros pacientes que ocuparán su puesto. Pero se ve distinto respecto de hace un año cuando vino al tratamiento. No sabía por dónde tirar, estaba angustiado. Ahora pisa con los pies en el suelo.

Sesión 48 (Penúltima). Se habla de la terminación

Primero bromea: si tuviera mucho dinero se compraría un psicólogo para siempre. Luego actitud adulta: prefiere tener este psicólogo, con el que ha tenido la experiencia de ayuda, aunque se acabe. Expresa la metáfora de que el tratamiento ha sido como hacer un proyecto común de un edificio, que ahora él tiene que usar, habitándolo. También

expresa lo que ha aprendido, cuando dice que frente al sufrimiento tiene dos maneras de reaccionar: o bien quedarse hundido, como víctima, esperando que otros le vengan a sacar de ahí: o pensar por sí mismo, decidir sobre posibilidades para modificar la situación… luchar.

5.5. Comentarios al caso I

Creo que este caso ilustra bien las posibilidades de una PBP en varios sentidos. En primer lugar, se muestran los indicadores suficientes para abordar una ayuda psicoterapéutica de orientación psicoanalítica: el paciente reconoce el sufrimiento, e intuye la vinculación con la relación poco «limpia» con la madre. Es sincero, está en contacto con los aspectos infantiles y existe el deseo de cambiar para que su vida mejore. La síntesis de la evolución del tratamiento permite ver una evolución favorable en la que se consigue tratar el foco establecido: higienizar las relaciones próximas familiares, en particular con la madre, pudiendo mantener en ella lo afectivo, en cuanto que se sitúe como hijo, y por otra parte integrar afecto y sexualidad en su pareja. Existe también un reconocimiento de la ayuda prestada por el terapeuta al que valora y considera importante en su vida. También se ha podido tratar y elaborar el duelo por la terminación, aun aceptando que queda una lista de cuestiones personales por resolver, así como que existirá una lista de pacientes que ocuparán su lugar. La metáfora que utiliza el propio paciente del edificio que «hemos» (paciente y terapeuta) construido y del que a partir de ahora solo queda habitarlo por él, es bien esclarecedora.

Capítulo IV

Pacientes no indicados, contraindicaciones e interrupción de entrevistas diagnósticas

1. Generalidades

Este capítulo recoge los datos extraídos de la experiencia acumulada con los pacientes que participaron en el contexto clínico asistencial mencionado en la Introducción sobre el proyecto de investigación de la psicoterapia de orientación psicoanalítica. Quiere ser expresión de la necesidad de los profesionales en clarificar, en la medida de lo posible, el tipo de indicación adecuada para cada paciente. El título de este capítulo sobre pacientes «no indicados», obviamente, se enmarca en dicho contexto y donde se pretendía ofrecer una herramienta específica, la Psicoterapia Breve Psicoanalítica (PBP). Pero obviamente también se mencionan las alternativas terapéuticas que se ofrecieron, aunque no puedo detenerme en cada una de ellas.

2. Pacientes no indicados. Material clínico: Tabla y resúmenes de casos

Como hice al exponer el material de los pacientes en los que sí era indicada la PBP, además de la tabla, presento un corto resumen de cada uno de los casos que ayuden a entender por qué se tomó la decisión de no hacer esta indicación terapéutica.

2.1. Material clínico A: Tabla de pacientes no indicados para PBP

En la Tabla 4.1, además de indicar el sexo y edad, se incluyen dos columnas, una con observaciones que sintetizan algún dato clínico significativo, añadiendo el número de entrevistas diagnósticas (ED), y otra con la indicación terapéutica de elección, que como se verá es diversa. La numeración de los casos sigue donde terminaba la de los indicados en el capítulo anterior.

Tabla 4.1 Pacientes no indicados

Caso	Sexo/ Edad	Observaciones	Indicación
29	M 36	ED: 3. Culpa insoportable. Neurosis obsesiva. Infancia con entorno carencial y hostil	**Psicoterapia de apoyo (quincenal).** No se ve capaz de soportar la frecuencia semanal.
30	M 41	ED: 1. *Duelo patológico antiguo* (DPA) (muerte padre hace 6 años), reactivado en duelo reciente (muerte marido, hace 4 meses) negado. Sólo reconoce la falta del marido que proporcionaba soporte material a ella y a los hijos. No hay capacidad de autoobservación.	**Psicoterapia de apoyo.** Apoyar recursos personales psicológicos, para atender a su hijo.
31	M 41	ED: 2. Culpa insoportable por *duelo patológico antiguo* (DPA) (padre, hace 8 años). No hay motivación. Dinámica melancólica.	*Psicoterapia de grupo.* Dificultad en la relación dual. ¿Temor a pedir por superyó intransigente?
32	M 22	ED: 3. Personalidad narcisista. Pide ayuda por culpa persecutoria, al mantener dos relaciones simultáneas. Poca ansiedad. Evidentes capacidades yóicas.	*Psicoterapia psicoanalítica larga.*
33	H 32	ED: 1. No hay motivación. Deposita la motivación en los otros que le envían.	No se hace indicación. A la espera de nueva demanda.
34	M 25	ED: 2. Infancia carencial. En orfanato hasta los 2 años. Adoptada. Muerte de la madre (ella tenía 7 a.). *Duelo patológico antiguo* (DPA). Con recursos yóicos. Mucha culpa.	*Psicoterapia de grupo.*
35	M 31	ED: 2. Personalidad compleja. Padres que sólo dan comida, no afecto. Anorexia a los 14. Ahora, inestabilidad y malestar general. Antecedente de psicoterapia durante 5 meses.	*Psicoterapia psicoanalítica larga.*
36	M 40	ED: 3. *Duelo patológico antiguo* (DPA) (muerte hermano, hace 5 años), del padre (ella tenía 6 a.) Entorno familiar desfavorable. Separada. Marido celotípico. Lleva tiempo tomando antidepresivos.	No consta en historia.
37	M	ED: 3. Personalidad histérica. Episodios conversivos. Capacidad de autoobservación	*Psicoterapia psicoanalítica larga.*
Psicoterapias no indicadas: 9 M: Mujer; H: Hombre; ED: Entrevistas diagnósticas. DPA: Duelo patológico antiguo.			

2. 2. Material clínico B: Resumen de casos

Caso 29

Clínica: (ED: 3). Mujer de 36 años. Paciente difícil. Mucho sentimiento de *culpa insoportable*. Se siente «la niña que ha sido la perdición de sus padres». Neurosis obsesiva. Entorno familiar infantil carencial y hostil hacia ella. «Mejor para los demás si me muero». Lactancia: «*La madre tenía mucha teta, pero sin leche, sólo tenía agua*». No se ve capaz de hacer una ayuda terapéutica frecuente, semanal. Objeta el estar muy ocupada en casa. Aceptaría visitas quincenales. Indicación: *Psicoterapia de apoyo*.

Comentario. Es evidente la carencia de los objetos primarios, ilustrado por la imagen del pecho materno que solo produce agua, no leche. Al mismo tiempo hay un gran sentimiento de culpa que se le hace insoportable. La hipótesis que podemos hacer es que ese pecho «real» que no alimenta puede haber sido objeto de ataques en la fantasía de la paciente, como para generar tanta culpa. Una psicoterapia de apoyo puede ofrecerle una experiencia relacional de ayuda en la que se evidencie la persistencia del objeto terapeuta, con su capacidad de darle algo, lo que podría contribuir a paliar el sentimiento de culpa. Al mismo tiempo, ayudarle a hacer cosas en su vida en un doble sentido: en el de evitar seguir buscando «objetos» no válidos, y, por otro lado, de ser capaz ella misma de ir aportando cosas a los demás.

Caso 30

Clínica: (ED: 1). Mujer de 41 años. Consultó por primera vez al neuropsiquiatra de zona, que es quien la envía para psicoterapia, por problemas con la hija adolescente, tras la muerte del padre (es decir, su marido), ocurrida hace cuatro meses. Se apoyaba mucho en el marido. El padre de la paciente murió hace 6 años. Muy *poca capacidad de autoobservación* de ella y de sus relaciones. Preocupada por la falta del marido como cabeza de familia que proporcione soporte material a casa. *Duelo patológico antiguo*. Indicación: *Psicoterapia de apoyo*.

Comentario. Pensamos que el duelo por la muerte del marido reactiva el duelo antiguo por la muerte del padre no resuelto, por eso la incluyo como DPA. Su demanda no es por su depresión relativa a dichos duelos, sino por la incapacidad de hacerse cargo de la hija adolescente. Lo que se pone de manifiesto es que al faltar el marido ella sola no es capaz de hacerse cargo de las responsabilidades parentales de casa. Por su poca

capacidad de autoobservación y de *insight* centra la carencia en lo material. Por lo tanto, no reúne capacidades para una PBP. Sí, en cambio, podría ayudarle una psicoterapia de apoyo en la que el terapeuta, a ser posible masculino, ejerza unas funciones de figura paterna que proporcione pautas para hacer frente a la hija y ayudar a ésta de manera adecuada.

Caso 31

Clínica: (ED: 2). Mujer de 41 años. Mucho sentimiento de culpa. Depresión, ansiedad e irritabilidad. Tristeza. «No tiene solución». Viene a la consulta sin informar al marido: actúa el sentimiento de exclusión, proyectándolo en él. En la segunda entrevista, ha disminuido la ansiedad. El padre murió «de algo vírico», hace 8 años. Ella teme coger algo vírico. Los padres no se entendían. Cree que no puede resolver sola su problema, al aceptar que los demás le carguen con todas la culpas. No puede comprometerse en el tratamiento porque tiene muchas obligaciones. No hay motivación. ¿Temor a pedir por superyó intransigente? *Duelo patológico antiguo***.** Se piensa en la posibilidad de una *psicoterapia de grupo*.

Comentario. Duelo patológico antiguo (del padre). Ahora proyecta en los demás las exigencias superyóicas, y cuando son excesivas reacciona enfadándose por considerarlo injusto. Sentimiento de no tener solución. Dinámica melancólica. Aparece aquí esa dedicación a los demás como una forma de falsa reparación, como en muchas pacientes de características similares. La indicación de la *psicoterapia de grupo* en esta paciente se debe a la experiencia habida en el equipo del centro con pacientes que presentan un clínica semejante que no respondieron bien a una psicoterapia de apoyo, pues lo único que se conseguía era perpetuar ese estado melancólico y una dependencia enfermiza con el terapeuta.

Caso 32

Clínica: (ED: 3) Mujer de 22 años. Motivo básico de consulta: aliviar culpa persecutoria al mantener dos relaciones sentimentales simultáneamente. No puede dejar ninguna por temor a que si se queda con una, es mayor el riesgo de quedarse sola. No se aprecia sufrimiento. No se ve la *paciente*, ni la *niña* (los aspectos infantiles necesitados). Al mismo tiempo se aprecian evidentes capacidades yóicas, tanto en el campo profesional como de manejo con su realidad, aunque no en el ámbito emocional. *Personalidad narcisista.* Se indica *Psicoterapia psicoanalítica larga*.

Comentario. Se trata de una personalidad narcisista que funciona de acuerdo con el principio de utilizar las relaciones de los demás para evitar quedarse sola, sin reconocer el valor del objeto. Para vivir la experiencia de una relación en la que el objeto sea valorado se requiere de mucho trabajo durante tiempo, lo que no permite una PBP. Dado que existen capacidades yóicas y que no está satisfecha con su funcionamiento psíquico y relacional estaría justificada una ayuda más profunda con una psicoterapia psicoanalítica larga.

Caso 33

Clínica: (ED: 1) Hombre de 32 años. *No hay motivación*. Viene porque lo envían. Deposita la motivación en otros. En realidad, su demanda inicial era para orientación profesional.

Comentario. La demanda de orientación profesional en un hombre de 32 años de edad en sí misma es significativa y podría entenderse como una forma encubierta de petición de ayuda psicológica. Pero el paciente no quiso moverse de la demanda consciente. Por lo que no se le indica ninguna otra ayuda, pero se le mantiene abierta la posibilidad de volver, caso de que más adelante considerara pertinente solicitarla.

Caso 34

Clínica: (ED: 2) Mujer de 25 años. *Infancia difícil*. Orfelinato hasta los dos años. Adoptada luego. La madre adoptiva murió cuando ella tenía siete años. Situación externa actual desfavorable (marido con problemas de alcoholismo). No obstante es una mujer con recursos yóicos. Dificultad de tolerar la culpa y la rabia. No indicada psicoterapia individual. *Duelo patológico antiguo*. Sí parecería indicada *psicoterapia grupal*.

Comentario. Una paciente con una infancia tan difícil y un entorno actual tan poco favorable no encontrará el soporte necesario, ni dentro ni fuera de ella en una PBP, a pesar de los recursos yóicos. La indicación de psicoterapia grupal, en cambio, parece más adecuada. La idea de compartir con otros pacientes sus dificultades puede ayudarla a sentirse contenida y a recibir aportaciones de los demás, así como hacer las propias contribuciones que le permitan sentirse valorada.

Caso 35

Clínica: (D: 2) Mujer de 31 años. Considera que los padres fueron buenas personas, porque le dieron de comer. Pero siente que eso no fue suficiente para su crecimiento

personal. A los catorce, años anorexia y luego bulimia. Hace diez años se resolvió el problema de la comida. Ahora, inestabilidad y malestar general en el sentido de ansiedad. Antecedente de ayuda psicológica individual durante 5 meses. No parece indicada la psicoterapia breve. Indicación: *Psicoterapia psicoanalítica larga*.

Comentario. Se trata de un problema de larga duración, que está conectado con problemas «nutricios» psíquicos. No existen unos objetos primarios «nutricios» internalizados. Necesitaría de una experiencia terapéutica larga que le permitiera vivir el afecto de la relación. El antecedente de una psicoterapia, al parecer semanal, durante cinco meses, es un dato que permite pensar en su idoneidad para ello, aunque ofreciéndole una relación más duradera.

Caso 36

Clínica: (ED:3) Mujer de 40 años. Derivada por neuropsiquiatra de zona, por depresión relacionada con duelo no resuelto por la muerte del hermano, hace cinco años. Lleva tiempo tomando antidepresivos, con temporadas de baja laboral. El padre las abandonó cuando ella tenía seis años, pero eso no lo aclara hasta la tercera entrevista, pues en la primera dijo que había muerto. Separada desde hace siete años de su marido celotípico, quince mayor que ella. Se queja de que siempre ha estado por los demás y nadie por ella. Sólo el hermano parecía comprenderla. *Duelo patológico antiguo*. No consta en la historia clínica que se hiciera indicación. Tan sólo una anotación al margen de no indicada para PBP.

Comentario. Cabe establecer alguna hipótesis por la que no se le indicó la PBP. Esa dedicación hacia los demás, un hecho que encontramos en muchos pacientes con Duelos patológicos antiguos, puede deberse a una especie de pseudo reparación: ayudar a los demás continuamente, ya que no puede reparar los objetos internos: padre, marido y hermano. La depresión con las bajas laborales apuntan a una tendencia a auto castigarse, consecuencia también de esos duelos no resueltos. Probablemente la indicación sería la de una *psicoterapia de apoyo*.

Caso 37

Clínica: (ED: 3) Episodios conversivos. Personalidad histérica. Capacidad de observación. «Parece que estoy dividida entre mi madre y la tía» (que le hizo de madre). Entorno familiar poco favorable: madre enferma psiquiátrica. Se hace la indicación de *Psicoterapia psicoanalítica larga*.

Comentario. Cuando la personalidad del paciente está comprometida en la patología, como en este caso al tratarse de una personalidad histérica, es difícil que la PBP pueda resultar exitosa si no hay sobreañadida una circunstancia que permita establecer un foco terapéutico. Además hay un entorno muy desfavorable lo que complica más las posibilidades de viabilidad de la PBP. Por otra parte, se advierte en la paciente una capacidad de observación y un reconocimiento del sufrimiento, por lo que la indicación de psicoterapia psicoanalítica larga parecería la opción deseable.

2.3. Comentarios generales a los pacientes no indicados

Un dato que encontramos en los pacientes que no se consideraron aptos para la PBP es la presencia en los antecedentes de lo que he denominado *duelo patológico antiguo*, en una buena proporción de casos (cuatro de nueve). Aunque ya vimos al estudiar los pacientes en los que sí se indicó la PBP que también existía un número de pacientes con este dato y que en cambio sí fueron subsidiarios, no solo de la indicación, sino de llevar a cabo todo el tratamiento de manera exitosa. Ya hice mención a la relativización de la fenomenología clínica tan sólo, si no se tienen en cuenta otros aspectos de la personalidad del paciente. Asimismo vemos que las indicaciones en los pacientes de este grupo en el que no les fue indicada la PBP ha sido diferente: en dos casos psicoterapia grupo, en uno psicoterapia de apoyo, y una última de la que no se tiene constancia.

3. Pacientes que interrumpen el proceso diagnóstico

Incluyo en este capítulo los casos que interrumpieron el proceso diagnóstico, cuando el terapeuta aún no ha establecido el criterio de indicación. Se trata de pacientes que psicopatológicamente y en cuanto a motivaciones para la psicoterapia estarían más cerca del paciente no indicado que el que interrumpe en el curso del proceso psicoterapéutico. Seguimos el mismo tipo de exposición y orden del material clínico que en el apartado anterior: tablas, resúmenes y comentarios.

3.1. Material clínico A: Tablas de casos que interrumpen el proceso diagnóstico

Tabla 4.2: Pacientes que interrumpen el proceso diagnóstico

Caso	Sexo edad	Enrev. Diagn.	Clínica	Observaciones. Hipótesis de la interrupción.
38	M 52	ED:1	Duelo patológico reciente no resuelto. Somatizaciones. El neuropsiquiatra «la autoriza» a quitarse el luto, tras un año de antidepresivos.	No motivación. Anula la demanda en la primera entrevista. Huida hacia la salud, por la mejoría clínica y la «autorización» del cabecera a dar por finalizado el duelo.
39	M 18	ED: 1. No vuelve segunda entrevista	Bulimia. «Nada le llena». Lo que le da la madre le estropea el cuerpo. Entrevista diagnóstica vacía	Proyecta en el terapeuta el vacío. Éste ha de preguntar para obtener información Al no venir, deja más vacío al terapeuta. También se plantea la duda de si no se sintió contenida en la entrevista.
40	M 18	ED:2. No vuelve 3ª Entrev.	Depresión. Conflictos con la familia. Tratamientos desde los 14 a. Entorno inestable.	No indicada por tendencia a actuaciones. Trastorno obsesivo compulsivo. Necesitaría plan terapéutico complejo, con ayuda familiar.
41	M 19	ED: 1. No vuelve segunda entrevista	Histeria de conversión. Entorno familiar desfavorable; padres desavenidos que la han utilizado en sus peleas. Odia a la madre.	Hay dudas sobre la indicación. Da mucho material pero no conecta. Estimula interés y luego se cierra. Crea expectativa en la primera entrevista, pero no vuelve a la segunda.
42	H 28	ED: 2. No vuelve 3ª Entr., tras vacaciones verano.	Depresión tras separación matrimonial. Culpa por el daño hacia su hijo. Aspectos adultos y otros adolescentes (con la nueva pareja).	¿Actuador? El mucho tiempo transcurrido desde la segunda entrevista, le alejó. O consultó en otra parte. O huida hacia la salud.
43	H 19	ED: 2. No vuelve 3ª entrevista	Ansiedad intensa y confusión. Adolescencia difícil. Ningún amigo. Tras la muerte del padre, hace 9 años, tuvo que asumir funciones de éste. Madre depresiva, no superó muerte marido. DPA	Hay dudas sobre indicación de psicoterapia, breve o larga. ¿Sintió que el terapeuta no le ayudó en las primeras entrevistas, por lo que temió que la psicoterapia fuera una nueva experiencia en la que tendría que hacerse cargo él sólo?
44	M 27	ED: 2 Anula 3ª entrevista	«Deprimida desde la infancia» (sic). Separada por patología del marido. Escisión: niña buena en casa, y traviesa fuera. Sentía que los padres no toleraban a la traviesa.	¿Desconfió de la capacidad de contención del terapeuta? ¿Temía juntar a la «niña buena» y a «la traviesa»?
45	M 29	ED: 2	Derivada del centro donde tratan a la hija. Separada de marido patológico. Primera entrevista le alivia. La segunda, se centra	Demanda disociada en el hijo, en tratamiento. Y patología proyectada en el marido. El alivio procede de la función evacuativa de la entrevista.

			en la patología del marido.	procede de la función evacuativa de la entrevista.
46	M 34	ED: 4	Duelo patológico reciente (madre, hace 3 semanas). Odio a la madre porque no se separó del padre que abusó de la paciente en la infancia. Separada de marido alcohólico.	Se hace indicación, pero no inicia. «los hombres siempre le han ido detrás, pero nunca ha deseado relaciones sexuales». Personalidad Narcisista/ Histérica. Historia infantil traumática.
47	M48	ED: 3	Consulta por problemas con jefes. Se siente anulada. Duelo patológico (padre) Sentimiento de soledad y vacío.	Interrupción brusca para proyectar en el terapeuta su vacío. Avisa para paliar culpa.
Interrumpen el proceso diagnóstico : 10				
M: Mujer; H: Hombre; ED: entrevistas diagnósticas.				

3.2. Material clínico B. Resumen de casos que interrumpen el diagnóstico

Caso 38

Clínica: (ED: 1) Mujer de 52 años. Duelo no elaborado por muerte del marido hace un año. Somatizaciones, que han motivado visitas médicas y exploraciones diversas. Desde hace un tiempo, en tratamiento antidepresivo por neuropsiquiatra, quien la deriva para ayuda psicológica. No ve necesidad, por encontrarse mejor y retira la demanda de ayuda (ya en la primera y única entrevista). Además, el médico le ha dado permiso para quitarse el luto, y le ha disminuido la medicación, con lo que ya parece haber cumplido con el duelo. *Duelo patológico*.

Hipótesis de interrupción. Parece que esta paciente no hizo un trabajo de elaboración del duelo por la muerte del marido, ni se veía capaz de realizarlo. La pena persistente y las manifestaciones somáticas concomitantes, tuvieron que ser mitigadas con medicación antidepresiva. Aunque ello le ayudó, el neuropsiquiatra consideró que no era suficiente y la deriva para ayuda psicológica, en un momento en que comienza a remitir la sintomatología. Si bien la paciente acepta la derivación, posiblemente el tiempo transcurrido hasta ser atendida en el centro, aunque no solía ser superior a una o dos semanas, fue suficiente para «enfriar» la frágil motivación. Además, la primera entrevista debió enfrentarla con la dimensión psicológica de su malestar e intuyó lo que supondría tener que encarar el duelo, por lo que decidió que no podría. Para sostener tal decisión, probablemente, se amparó en la autoridad de una figura superyóica benevolente, el psiquiatra, quien le da a entender no solo que está mejor al disminuir la dosis de medicación, sino que le permite dejar de vestirse de luto, lo que ella entiende que puede dar por terminado el duelo, y que no necesita más ayuda.

Caso 39

Clínica: ED: 1) Chica de 18 años, enviada por el neuropsiquiatra de zona por *trastornos de la conducta alimentaria*: bulimia compulsiva seguida de vómitos. Sólo hace una entrevista. No acude a la segunda. En la visita se aprecia una dinámica que refleja su patología en relación con la «comida». Dice que «no le llena nada». Su presentación es de estar vacía personalmente. Parecería como si tan sólo tuviera (poseyera) el síntoma: le han dicho que «tiene» anorexia mental, y que ha de hacer una psicoterapia. O sea que ya tiene algo, podríamos pensar que es lo que subyace en su

fantasía inconsciente. Y la entrevista transcurre de manera que transmite vacío, con poco contenido psicológico y relacional, que permita comprender lo que le sucede. Sólo queda claro que la comida que le da la madre la engorda, es decir, estropea su cuerpo. Pero no explica nada de la relación con ella. De esta manera la paciente ha proyectado en el terapeuta la sensación de vacío. El terapeuta mantuvo una actitud de poca intervención.

Hipótesis de la interrupción. La paciente traslada a la relación con el profesional su vivencia de vacío, al proyectarla en él. En efecto, es éste quien tendría que haber «actuado» tratando de «llenarse» demandando (¿bulímicamente?) más información de la paciente. Al no hacerlo, ni interpretarlo, ni ofrecer otras vías de ayuda para que la paciente intente indagar algo más sobre sí misma, quizá hizo que la paciente se sintiera sola con su vacío. En este caso, la actitud poco intervencionista del terapeuta pudo ser sentida por la paciente como si le «devolviera» la proyección de su vacío. Y al no ofrecerle otra alternativa, pudo sentirse sola y poco contenida, igual que en casa. Todo ello puede estar en la base del hecho de no volver a la segunda entrevista.

Caso 40

Clínica: (ED: 2) Chica de 18 años, en tratamiento desde los 16 en otro centro, por *cuadro depresivo*, e irritación con la familia, malestar iniciado hacia los catorce. Tiene a los padres al margen de todas sus cosas, pues considera que no la entienden. A los cuatro meses, fue llevada a vivir con unos tíos, de los que tiene buen recuerdo. Al año, volvió con los padres. «Con la regla, a los catorce años, empezó todo», dice. No tiene grupo de amigas estables, sale con algunas de manera circunstancial. Sueños: que la persiguen, que vuela como Superman, que no acude a la cita un chico que le gusta. Hace dos entrevistas, y no acude a la tercera. La terapeuta tiene la idea de que hubiera sido una psicoterapia complicada por su tendencia al *acting–out*. Hay además síntomas de neurosis obsesiva compulsiva.

Hipótesis de interrupción. Adolescente en una situación vital y de entorno muy inestable que según la terapeuta hubiera requerido de un plan de ayuda mucho más complejo, con intervención de familia, entrevistas periódicas etc. Así que las primeras entrevistas no debieron proporcionarle esa estabilidad que ella pedía. Cabe la posibilidad de que la terapeuta estuviera pensando más en la indicación de psicoterapia breve para el proyecto de investigación y no tuvo suficientemente en cuenta que quizá la paciente se hubiera beneficiado de lo que pensó después (el plan terapéutico más amplio, como a

veces habíamos hecho con muchos pacientes en el propio centro) si se hubiera tenido en cuenta desde el principio.

Caso 41

Clínica: (ED: 1) Chica que se presenta así: «Tengo 19 años, y el sexo, ya lo ve…» (Dando a entender que es mujer). Sólo acude a una entrevista diagnóstica. Presentó una paresia de extremidades inferiores, que se diagnosticó de *«trastorno conversivo*». No es muy sincera. Controla la entrevista. Dice sentirse desequilibrada emocionalmente. Aporta mucho material, pero conecta poco con él, y es más bien utilizado para seducir a la terapeuta. Es sincera, en cambio, al decir que no cree en lo que ella misma dice. Cuando tuvo el episodio de histeria con agitación psicomotriz, gritos y luego la parálisis, no quiso que el padre entrara en su habitación, prefería estar sola. En la entrevista, a continuación de relatar este episodio, le pregunta a la terapeuta por su nombre. Es decir, que un aspecto de su funcionamiento psíquico parece que consiste en estimular al otro, para luego «cerrar la puerta», para que fuercen a entrar en ella. Conducta propia de la personalidad histérica. Al principio de la entrevista ha comentado que se ha retrasado un poco porque ha estado dudando si venir o no. Se ha sentido controlando la relación con los padres que considera es muy mala, pues cada uno le iba a ella a hablar mal del otro. Antecedente de haber consumido tóxicos con cierta frecuencia, aunque no en la actualidad.

Comentario. No parece indicada para PBP. Los antecedentes son nefastos en cuanto que no habla de relación alguna beneficiosa en la que apoyarse. El entorno es malo. Los padres desavenidos y que han utilizado a la chica. Ella ha encontrado satisfacción en ello. Dice querer mucho al padre. Odia a la madre, aunque a veces está ambivalente. Si la odia es porque le habla mal del padre. No vuelve a la segunda entrevista.

Hipótesis de la interrupción. La paciente realiza un *acting–out* transferencial, es decir, en la relación terapéutica de su modo de relación histérico, lo que hace de manera masiva. Dicha actuación consiste en no volver a la segunda entrevista, habiendo dejado a la terapeuta interesada en la continuidad, después de haberle estimulado la curiosidad en el primer encuentro.

Caso 42

Clínica: (ED: 2) Hombre de 28 años que consulta a raíz de su separación matrimonial. Depresión. Sentimiento de culpa por el daño que puede hacer a los demás y ahora, a su

hijo por la separación. Está confuso pues tiene una relación con otra mujer, y con su esposa hay vacío, no siente nada por ella.

Comentarios Supervisión. Muestra aspectos escindidos. A veces parece sincero. Otras, no tanto: él habla de que utiliza «artimañas». Padre, sargento; madre, buena persona; hermano, rígido y duro; hermana, dulce y subnormal. Parece adulto cuando habla del trabajo y de su preocupación por el hijo, en cambio se manifiesta adolescente en el tipo de relación que ha establecido con la amante. Se ve posibilidad de psicoterapia. Pero no vuelve a la tercera entrevista, después de las vacaciones de verano. Se plantea la duda de si se trata de una persona con tendencia a la actuación.

Hipótesis de la interrupción. El mucho tiempo transcurrido desde la segunda y la tercera entrevista, con las vacaciones de verano por medio, podía haber contribuido a fomentar la actitud defensiva de huida hacia la salud. O haber acudido a otro recurso terapéutico, aunque no tenemos noticia. La tendencia a la actuación tendría que ver con la poca capacidad de contención de la espera.

Caso 43

Clínica: (ED: 2) Chico de 19 años.

Comentarios Supervisión. Comentamos que en la primera entrevista se aprecia mucha ansiedad y confusión. Conducta paranoide y agresiva, sobre todo en relación con la madre cuando no le da lo que pide. Parece sincero. No tiene ninguna relación con amigos, dato que se valora como signo de mal pronóstico en un adolescente. Se aprecia odio, que entendemos referido a unos padres que no le han dado lo que necesitaba. *El padre murió* cuando tenía diez años**.** Se ve difícil la viabilidad de una PBP. En la segunda entrevista, muestra facetas más ricas de su personalidad. Se observa cierta dificultad en su identidad sexual. Preocupado por fortalecer el cuerpo para realzar su imagen masculina. Más en contacto con su mundo interno que en la primera entrevista. Hay una madre interna deprimida, que no toleró bien la muerte del marido. Él tuvo que asumir funciones paternas y maternas, tras la muerte de aquel. Comprendemos sus reacciones agresivas ante los comentarios de la madre cuando le dice «que no ha hecho nada». Ha tenido sensaciones de despersonalización, como sentir que su brazo no es suyo. Explica un sueño en el que una serpiente le pica en el brazo (no hay antecedentes de adicción a tóxicos); otro sueño: una casa que está por acabar de pintar, en la que dentro hay famosos; fantasea con frecuencia con esa casa, le proporciona seguridad para

hacer su trabajo. Se plantea la hipótesis de que el paciente tiene temor a asumir y desarrollar sus capacidades por el compromiso e incremento de responsabilidades que le pueden sobrevenir respecto de la familia. Esta es la experiencia que tiene: frente a la muerte del padre, él tuvo que asumir muchas responsabilidades, no pudiendo ocuparse de sí mismo. Negó la muerte del padre por lo que significaba de ocupar su lugar, y además reconocer que no estaba presente para ayudarle en su crecimiento. Por tanto, se trata de un *duelo patológico antiguo* (muerte del padre, hace 9 años), con un entorno familiar poco continente que le obligó a asumir cargas emocionales por encima de sus posibilidades**.** No vuelve a la tercera entrevista.

Hipótesis de la interrupción. ¿Sintió la PBP como una carga demasiado grande para llevarla él sólo? No se tiene evidencia en las notas registradas de la participación del terapeuta para compartir y ayudar en el trabajo que tenía pendiente, en especial, el duelo por el padre. Quizá pensando que ya se haría en el tratamiento, pero el paciente lo pudo entender como que, una vez más, como en casa, tendría que hacer el trabajo él solo.

Caso 44

Clínica: (ED: 2) Mujer de 27 años. Deprimida. Separada desde hace nueve meses y con un hijo. «Deprimida desde la infancia». Cuando nació la hermana, dos años menor, sintió muchos celos y siempre estaba llorando por los rincones; luego disimulaba, limpiándose con polvos de talco. Doble vida: buen comportamiento en casa porque si no la madre decía que la matarían a disgustos, y fuera era traviesa. Entorno poco continente. Mala relación con la madre, hasta odiarla, «quizá porque me he visto reflejada en ella».

Hipótesis de la interrupción. Temor a tener que hacerse cargo de sentimientos y vivencias más intensos de los que puede tolerar. Sobre todo si mediante la psicoterapia ha de dejar la doble vida, es decir, ha de integrar la niña buena y la traviesa.

Caso 45

Clínica: (ED: 2) Mujer de 29 años. Sólo hace dos entrevistas. No acaba el proceso diagnóstico. Derivada por el Centro de Salud Mental infantil donde trataban a la hija. La demanda está disociada y proyectada en ésta. Separada del marido desde hace un tiempo. El marido parece un hombre con una conducta indicativa de trastornos mentales de cierta importancia, al parecer psicosis. Al final de la primera entrevista dice encontrarse aliviada. Habla de un buen ambiente familiar de origen. En la segunda, se

centra mucho en la patología del marido. Le preocupa el daño que este pueda ocasionar a la hija (cinco años), de contagiarle su locura. No inicia el tratamiento.

Hipótesis de interrupción. La demanda de ayuda está proyectada en el profesional que la envía para psicoterapia quien atendía a la hija en otro centro. Por tanto, persiste la proyección de la problemática en ésta. Aunque la entrevista le alivia porque han podido ocuparse de ella, cuando siempre han sido los demás (la hija, el marido) quienes la han recibido, sin embargo es una tranquilización, resultado del aspecto evacuatorio de la misma. Pero no está dispuesta a reintegrar en ella lo problemático proyectado en la familia.

Caso 46

Clínica: (ED: 4) Mujer de 34 años. Separada. Marido alcohólico. *Duelo patológico* (la madre murió hace tres semanas). En vida, no podía ni ver a la madre. Tras su muerte no derramó ni una lágrima. Dice que «le han ocurrido muchas cosas en su vida». El padre pederasta (fue expulsado del pueblo por exhibicionista ante las niñas) abusó sexualmente de ella de pequeña, entre los ocho y diez años, obligando a la paciente a que le «tocara», «nunca me vio como niña, sino como mujer». Ella nunca le dijo nada a la madre, que debía suponerlo. Odia a la madre por no haberse separado de este padre. Buena relación con unos tíos con los que convivió, pues los padres se ocupaban poco de ella. No tiene amigos. Actualmente, relación con otro hombre, pero no va bien. Nunca ha deseado relaciones sexuales. Ni se enteró de cómo tuvo a su hija. No sabe porqué, siempre le han ido detrás los hombres. *Personalidad narcisista histérica*. A pesar de la situación se la ve muy desamparada y se le ofrece ayuda psicológica PBP, pero *no empieza el tratamiento.*

Hipótesis de la interrupción. Las situaciones traumáticas vividas han sido tan fuertes que iniciar una relación terapéutica no le despierta la suficiente confianza. La terapeuta mujer significaba reproducir el odio por la figura femenina. ¿Si hubiera sido hombre, aún peor, por la desconfianza hacia la figura masculina? ¿O le hubiera permitido encontrar una figura masculina diferente a la del padre?

Caso 47

Clínica: (ED: 3) Paciente mujer de 48 años. Consulta por problemas con los jefes. Ante una figura de autoridad se siente anulada. Explica una infancia triste, por una educación muy estricta de los padres. Hija única. En casa a penas le dejaron espacio para

decidir las cosas de su vida. Cuando se separó de su marido, no aceptó la oferta de los padres de irse a vivir con ellos, para evitar que le impusieran la educación de sus hijos. No acude a la segunda visita porque se le olvida, aunque llama disculpándose. Dice que se siente sola y vacía desde la muerte del padre (¿?). Que en los varios años que duró la enfermedad del padre se entregó a su cuidado. Ahora, siente el vacío y no sabe cómo llenar su vida. En la tercera entrevista, nada más entrar dice que tendrá dificultades para continuar por las muchas cosas a que habrá de comprometerse. Así que la paciente le propone a la terapeuta, que ante la incertidumbre sobre sus posibilidades horarias, sería mejor aplazar el comienzo de la psicoterapia «pues le sabría mal perjudicar al centro dejándoles con *las horas vacías*». La paciente interrumpe.

Hipótesis de la interrupción. La paciente no ha elaborado el duelo por la muerte del padre. Siente su pérdida como un vacío, en la medida que no puede reconocer los sentimientos penosos que su pérdida despierta en ella. Parece claro que es lo que trata de hacer sentir a la terapeuta, al anunciarle que la dejará. Si bien avisa de tal hecho es para no sentirse culpable, de manera que el «vacío» que ha proyectado en la terapeuta quede ahora desplazado a las «horas vacías», que así podrán «llenar» con otros pacientes. Probablemente, de la misma manera como ella viene haciendo, tratando de llenarse con otras actividades, a pesar de lo cual no resulta exitoso, pues el vacío por la ausencia del padre persiste. Pero parece que eso es más tolerable que el reconocimiento de verse llena de sentimientos muy penosos en relación con el duelo por la muerte de aquel.

3.3. Comentarios generales e hipótesis sobre las interrupciones durante el proceso diagnóstico

Aunque cada paciente y en especial cada relación terapéutica ofrece razones particulares para dar explicación del porqué de la interrupción, lo que he tratado de hacer con cada caso, y es difícil demostrar si el paciente no vuelve para confirmarlas, de todas formas creo obligado aventurar algunas hipótesis generales que pudieran contribuir a prevenir futuras situaciones.

Una cuestión fundamental es la motivación del paciente para hacer una demanda de ayuda. Si ésta no existe, ya podremos ser muy comprensivos, empáticos y buenos profesionales que el paciente no volverá (caso 38). Por exceso de ansiedad o por circunstancias del entorno personal no suficientemente continente el paciente necesita

vivir urgentemente durante las primeras entrevistas una experiencia continente; si el terapeuta mantiene una actitud demasiado pasiva y de escucha no parece suficiente, así como tampoco si el paciente desconfía de la capacidad de contención del terapeuta (casos 39, 43, y 44). La indicación de ayuda puede ser más compleja que la de una psicoterapia individual, y necesita de un plan terapéutico más amplio: farmacológico y/o de ayuda a algún familiar (caso 45). Cuando el proceso diagnóstico queda interrumpido por unas vacaciones el riesgo de «huida hacia la salud», o sentimiento de abandono pueden contribuir a la interrupción (caso 42).

Otro aspecto a tener en cuenta es si el momento vital del paciente para hacer la petición de ayuda no es el adecuado y habrá que esperar para más tarde, dejando abierta esa posibilidad.

4. Contraindicaciones

Además de las propias de toda psicoterapia psicoanalítica añadiría la de los pacientes con una personalidad pasivo dependiente. El problema que plantean estos pacientes es que tienden a establecer una relación de gran dependencia con el terapeuta que no podrá resolverse en el tiempo limitado que proporciona la PBP. A estos pacientes, si han de beneficiarse de los recursos de un centro de salud mental en la asistencia pública, es preferible que se les ofrezca una psicoterapia de grupo. Lo mismo cabe decir de aquellos pacientes con manifestaciones somáticas funcionales como equivalentes depresivos que organizan sus quejas en torno a tales molestias siendo muy difícil desbloquear tal estado de cosas en una relación dual. En tales pacientes, la psicoterapia de grupo abre más posibilidades al introducir otras vías de preocupación relativas a su vida emocional y relacional, por parte de los demás integrantes del grupo. Por otra parte, como ya he dicho al hablar de los indicadores, los pacientes con personalidad narcisista y paranoide ofrecerán una gran resistencia a establecer un vínculo válido con el terapeuta en el corto tiempo que ofrece la PBP.

Dicho de otra manera, si entendemos que todo proceso psicoterapéutico está vertebrado por el desarrollo y la interacción de los procesos de vinculación y los de separación, cabe pensar que todas aquellas patologías que comporten una dificultad especial para el desarrollo de una vinculación con el terapeuta estarán contraindicados para psicoterapia breve, puesto que no se dispondrá del tiempo suficiente para resolver las defensas y resistencias que se oponen al establecimiento del vínculo; es el caso de los pacientes con una personalidad de organización fundamentalmente narcisista. De la misma manera, todos aquellos pacientes que tengan especial dificultad para tolerar la separación, es decir, pacientes con una personalidad pasivo–dependiente, tampoco tendrán tiempo suficiente, en la fase de terminación, para elaborar la separación.

5. PBP y otras terapias alternativas o concomitantes

Al describir los pacientes que no fueron indicados para la PBP, ya especifiqué las alternativas terapéuticas que se ofrecieron: Psicoterapia de apoyo, psicoterapia psicoanalítica de larga duración y psicoterapia de grupo. Obviamente, la terapia farmacológica se utilizó cuando fue necesario, de manera concomitante con la PBP. Es decir, que muchos de los pacientes a los que se les indicó PBP y que iniciaron la psicoterapia hasta su finalización, continuaron al mismo tiempo con la mediación prescrita por otro profesional que el terapeuta. Lo más frecuente es que al cabo de un par de meses o tres, el paciente mismo solicita la disminución hasta la supresión definitiva del fármaco, continuando tan sólo con la psicoterapia.

Capítulo V

Focalización

1. Introducción

De manera esquemática, entre los autores que se ocupan del tema de la focalización podríamos distinguir dos posturas. Llamaríamos «focalización por el terapeuta» a una, y «focalización por el paciente», a la otra. La primera vendría representada especialmente por la obra clásica de D. Malan (1963), quien considera que la focalización estaría determinada por tres factores. En primer lugar, las características del encuadre en cuanto a la posición cara a cara y la limitación del tiempo; en segundo lugar, dependería del paciente, es decir, de su colaboración en la focalización del problema central y la aceptación del plan terapéutico; y por último, de la actitud del terapeuta, más activa (en comparación con la adoptada ante una psicoterapia larga), junto con una atención selectiva y descuido selectivo respecto del material que presenta el paciente que no sea el del foco terapéutico.

La segunda postura, la focalización por el paciente, es la que mantienen autores como Guillieron y cols. (1983), quienes muestran su desacuerdo con Malan, con la argumentación de que si es el terapeuta quien determina la focalización con su actitud técnica, interpretativa y de escucha, más selectiva, ello supone una limitación a la libre asociación del paciente. Y añaden que de los tres niveles de organización que, según ellos, se dan en toda psicoterapia, el intrapsíquico, el interpersonal y el de encuadre terapéutico, consideran que es este último el más importante respecto de la focalización. Piensan que el establecimiento de un encuadre específico para la psicoterapia breve,

como es la relación cara a cara y la limitación del tiempo, influye por sí mismo sobre el proceso asociativo del paciente de manera que se hace innecesaria una actitud más activa por parte del terapeuta, en cuanto a la focalización. La respuesta del paciente al encuadre propuesto, siguen estos autores, que ellos denominan «efectos del encuadre», revelará las resistencias y defensas que son las que constituirán el foco del tratamiento. La naturaleza de los ataques contra el encuadre específico de la psicoterapia breve constituye, para ellos, el foco terapéutico.

Farré, Hernández y Martínez consideran que junto al «foco clínico» de cada paciente existe un «foco universal»: «el duelo por la finalización del tratamiento» (Farré y otros, 1992, p. 29).

En nuestra experiencia, la postura adoptada ha sido la de delimitar con el paciente un foco terapéutico antes del inicio de la psicoterapia, aunque más adelante matizaremos esta cuestión. Procuramos circunscribirlo en función de las áreas relacionales conflictivas, y se considera como una hipótesis de trabajo que hay que ir verificando en el curso del tratamiento. Aunque, al mismo tiempo, se le pide al paciente que en la medida de lo posible se atenga a la regla de la asociación libre, aún explicitado el foco, hemos observado que el paciente «olvida» pronto el mismo, lo cual respetamos en el sentido siguiente: si bien el terapeuta no deja de tener presente el foco, lo sitúa en segundo término, hace una especie de *escisión benigna*, (escisión no patológica de Bion, 1977) para estar atento al material que espontáneamente aporte el paciente. Ello supone una actitud de observación y escucha más atenta que la correspondiente a la atención flotante propia de la sesión psicoanalítica. Y esto difiere de la postura de Malan de «desoír» el material que aparentemente no se relaciona con el foco. Daré luego las razones de por qué no nos parece adecuada esta postura. Pero también difiere de la postura de la técnica de la escuela de Lausanne (Guillieron y cols. op. cit) que mantiene una actitud de escucha propia de la sesión analítica.

Tal y como entendemos la focalización, no necesariamente ha de suponer una excesiva demarcación del área de trabajo. Al principio de la experiencia realizada con PBP por el equipo de trabajo del que surgió la monografía (A. Pérez–Sánchez., 1990) procuramos esforzarnos al máximo en precisar el foco de tratamiento, y nos encontramos que ello resultaba extremadamente difícil, cuando no imposible, al pretender seguir las pautas de Malan (1963, 1978). En los casos que creíamos haberlo conseguido pensamos que la discusión del material clínico en el trabajo grupal del equipo había aportado mucha más

riqueza de lo que la restricción del foco suponía. Aún conscientes de que el mero hecho de conseguir una amplia o considerable comprensión del caso no necesariamente implicaba la posibilidad de trabajarlo con el paciente, nos pareció que restringir el foco demasiado comportaba más bien una traba que una ventaja para una mejor evolución del proceso psicoterapéutico.

Una vez esbozado un esquema de la dinámica relacional del paciente, tanto la actual como la pasada, así como los acontecimientos biográficos presentes y pretéritos, nos planteábamos cuáles eran las zonas de conflicto relacional más perturbadoras y cuáles de estas eran asequibles en el marco de la PBP. Posteriormente, fuimos viendo que, desde una perspectiva psicodinámica, la evolución adecuada del proceso psicoterapéutico requiere un planteamiento «holgado» del foco más que restringido. Es sabido que en todo trabajo psicoterapéutico de orientación psicoanalítica, en general, su evolución favorable permite la emergencia de elementos de la personalidad, tanto patológicos como sanos, que no se habían tomado suficientemente en consideración durante el proceso diagnóstico. Por tanto, delimitar demasiado de entrada el campo de trabajo psicoterapéutico implica el riesgo de hacerlo a expensas de una excesiva valoración de ciertos aspectos de la personalidad, y no de otros, hipotecando, de algún modo, el proceso. Es decir, que consideramos la focalización como un elemento específico de este tipo de tratamiento, a condición de que el foco sea lo suficientemente amplio como para incluir posibles elementos que puedan surgir en el transcurso del tratamiento.

También observamos que a lo largo del proceso terapéutico, en algunos momentos se experimenta una cierta *modificación en la manifestación del foco*. Es decir, el paciente comunica un tipo de material diferente del habitual que hace relación al foco, por lo que aparentemente se alejaría del mismo. Pero si el foco se ha establecido según criterios psicodinámicos y no en función de elementos externos tan sólo, tales como la sintomatología o determinadas áreas relacionales de su vida, es de esperar que cuando el paciente consiga una mayor capacidad de asociación libre el material que aporte se refiera de manera prioritaria al foco, aunque éste se exprese de formas diferentes.

Ahora bien, la propuesta del foco que hacemos al paciente ha de ser psicodinámica y asequible. Quiere decirse que le planteamos trabajar aspectos de su vida relacional y actual, respecto de situaciones que esté viviendo con personas de su entorno. Pero al mismo tiempo ello no excluye, como decía antes, que en el transcurso de las asociaciones libres ese material se conecte con situaciones pasadas, incluso es de esperar que así sea,

y que el terapeuta ayude al paciente a conseguirlo mediante la interpretación. Por ello, al ofrecerle al paciente las condiciones del tratamiento a realizar tratamos de explicarle la regla de la asociación libre, precisamente porque el foco acordado puede tener formas de expresión distintas que aquella en la que lo hemos delimitado al principio.

Además, es de esperar que la dinámica de las propias entrevistas diagnósticas, según el estilo que ha ido introduciendo el terapeuta, permitirá que el paciente entienda, que la propuesta de focalización se acompaña al mismo tiempo de una actitud de asociación libre, es decir, de cierta espontaneidad y sinceridad en la comunicación.

Una breve viñeta clínica puede mostrar algo de lo que vengo diciendo. Una señora de unos cincuenta años consulta por depresión; al mismo tiempo se queja de su incapacidad, en determinados momentos, para hacerse cargo de la relación con sus hijas ya mayores y viviendo fuera de casa. Aunque, de entrada, la paciente trae la depresión y el conflicto con las hijas de manera separada, en algún momento durante la entrevista le sugiero si su depresión no estará relacionada con los problemas que, según ella, las hijas le acarrean. Sin embargo, no parece aceptarlo del todo, puesto que pide ayuda, después de haber estado en tratamiento farmacológico antidepresivo desde hace años, el cual le mejora a temporadas, aunque no acaba de sentirse bien. Decidimos que el foco de tratamiento sería su relación con las hijas, lo que tácitamente implicaba cómo se veía ella como hija respecto de su propia madre, por ejemplo, o cómo tolera el duelo que le suponía la separación de estas hijas que se estaban emancipando, material todo él que fue apareciendo en el curso de la psicoterapia que duró tres meses. A propósito de la brevedad de esa ayuda, puede ser un plazo válido para ciertos pacientes, como en este caso teniendo en cuenta la edad.

A partir de todo lo anterior a continuación expondré una definición del foco y algunos conceptos que le son próximos.

2. Concepto de focalización

De manera sintética, diríamos que la focalización consiste en la delimitación del tipo de relación de objeto predominante en la personalidad de un paciente en un área de su vida mental y relacional asequible para ser tratada en las condiciones que ofrece una PBP. Con las correspondientes ansiedades básicas y sus defensas.

He de insistir en que el problema que plantea la focalización en una psicoterapia psicoanalítica es la aparente contradicción de principios: si se está pendiente del área del conflicto —circunscrito sobre todo si éste se ha concretado demasiado— se contradice el hecho de crear un clima de relación terapéutica psicodinámica en la que el paciente procura ser lo más espontáneo posible sobre lo que observa dentro de él, y el terapeuta escucha desde una actitud de atención flotante. Pero como ya dije, aunque se establece el compromiso de trabajar determinados aspectos de la vida del paciente, el compromiso prioritario consiste en que el terapeuta intenta ayudar al paciente, de quien se espera que preste la colaboración necesaria para que entre los dos puedan conseguir una cierta clarificación de las áreas más entorpecedoras y asequibles para el segundo. Entendido así, el terapeuta evitará una actitud obsesiva y rígida fijada en el foco y podrá transmitir al paciente una actitud abierta de escucha, que corresponderá complementariamente a la actitud próxima a la asociación libre del paciente. Ello comportará que a veces éste se aleje del foco. ¿Cómo manejar entonces tales contenidos del material clínico aparentemente distantes del foco establecido? En primer lugar, es claro que para el terapeuta de orientación analítica es posible que entrevea tras ese material manifiesto, aparentemente alejado del foco, el conflicto nuclear del mismo. Pero para el paciente, en especial al principio del tratamiento cuando aún no se ha desarrollado una suficiente capacidad de *insight*, puede no existir relación entre lo manifiesto y lo latente; no obstante, lo aporta a la sesión según la norma de colaborar con sinceridad, comunicando lo que percibe más inmediato en su vida psíquica. Es posible, sin embargo, que el paciente «sepa» aunque sea de manera intuitiva que lo que está aportando se refiere al foco, aunque no tenga conciencia de ello, lo cual hemos podido comprobar con frecuencia.

2.1. Contexto del foco

A lo largo del proceso terapéutico va cambiando la actitud del paciente respecto del foco. La resistencia inicial a la asociación libre, común en toda psicoterapia, puede hacer que el paciente se aferre al material manifiesto acordado como el foco de una manera defensiva para no ver nada más, ni siquiera el núcleo principal del foco. De ahí la importancia que, una vez planteado el conflicto a trabajar, el terapeuta no insista en las manifestaciones concretas del foco durante las primeras sesiones. No obstante, nuestra experiencia ha mostrado que la actitud más habitual es que los pacientes dejan de adherirse al foco si el terapeuta les ayuda a vencer las primeras resistencias. Una vez que el paciente se suelta un poco más, y aparece un material no directamente vinculado al foco, aunque no sea motivo de trabajo interpretativo, permite ofrecer una serie de datos de la vida mental de aquel paciente para configurar lo que podríamos denominar el *contexto del foco*. Esto quiere decir el contexto del mundo interno y relacional del paciente en el que tienen lugar sus conflictos principales. Durante el diagnóstico, se ha procurado recoger suficientes datos sobre la vida y relaciones del paciente, dentro del cual situar el foco. Pero durante el tratamiento, el paciente necesita volver, una y otra vez, sobre cuestiones que siente importantes, aunque las hubiera mencionado en las primeras entrevistas. Ello nos permite recoger la adecuada dimensión que tales datos han adquirido para él. Pero también, a medida que evoluciona la psicoterapia, la versión que ofrece el paciente de las mismas circunstancias de su vida se modifica, lo que indica que existe algún cambio en la percepción del mundo externo y del interno.

2.2. Niveles del foco

Otra cuestión que conviene tener en cuenta con la aparición de material manifiesto alejado del foco, es si plantea otro tipo de foco o conflictiva del paciente que hemos decidido no trabajar, o si se trata de otros niveles del mismo foco. En el caso de la mujer depresiva que comentaba más arriba, un nivel de foco terapéutico es el que se refiere a su relación con las hijas; pero otro nivel es el de su relación con la madre propia. El primer nivel resultó más asequible para plantearlo de entrada como área de trabajo, ya que alude a la situación consciente que la trae a pedir ayuda. El segundo nivel, ligado a aspectos infantiles, antiguos, además en una mujer de cierta edad ya, no se evidenció hasta que el terapeuta vio la respuesta de la paciente a los intentos de indagar sobre ello. Como tales intentos fueron positivos, se tomaron entonces en consideración como parte

del foco, aunque siempre dando prioridad al primer nivel. Así pues, hablaríamos de un nivel 1, por decir así, que es el nivel del conflicto manifiesto, más asequible a la conciencia del paciente. Es un nivel que abarca los síntomas junto a una cierta comprensión psicodinámica de los mismos. Y un nivel 2, que puede comprender y delimitar el terapeuta, en la medida que se observa en otras áreas de la vida del paciente, incluida la relación establecida en la entrevista entre paciente y terapeuta, así como en ámbitos de su historia relacional o de su vida actual. En algunos casos, este nivel 2 de foco, por su complejidad, o por no estar seguros de esta hipótesis, no resulta conveniente plantearlo al paciente, pero el terapeuta lo retiene para una mejor comprensión del nivel 1.

2.3. Deslizamiento del foco

Se entiende que si el foco se ha establecido en función de un determinado tipo de relación de objeto predominante en un área de la vida mental y relacional del paciente, sea posible que ese mismo tipo de relación pueda adquirir preponderancia en otras áreas, en el curso del proceso psicoterapéutico. El deslizamiento del foco se produce cuando después de que durante una primera etapa del tratamiento se ha trabajado el foco prioritario, surgen nuevos contenidos, hasta entonces ausentes, y que ello es posible precisamente porque se ha tratado y hasta cierto punto resuelto el foco principal. Pero así como los distintos niveles del foco, a veces, pueden apreciarse desde el comienzo, en el caso del deslizamiento no lo es y puede estar más alejado o disociado. El caso clínico (caso II) que presento más adelante permitirá comprender y precisar mejor lo que aquí trato de decir.

3. Focalización y método psicoterapéutico en PBP

Hay que distinguir entre focalización de un área de conflicto donde se pone de manifiesto el tipo de relación de objeto predominante del paciente y la limitación del campo psicoterapéutico, en función del método utilizado. En la psicoterapia de larga duración el planteamiento de no–limitación de tiempo, ni de los temas a tratar contribuye a que el paciente pueda aportar al tratamiento casi cualquier aspecto de su vida mental. Digo casi porque aun en la psicoterapia de larga duración, las condiciones del encuadre y la técnica, en cuanto a la posición cara a cara y un uso menor de la interpretación transferencial hacen que el paciente no «acceda» fácilmente a los niveles primitivos de su vida mental, mediante la regresión, lo que sí es más posible en un psicoanálisis. En PBP lo que aporta el paciente tiende a situarse en torno al foco. Y esta restricción tiene lugar porque los elementos constitutivos de este método terapéutico contribuyen a ello: la disposición del *encuadre*, cara a cara; la delimitación del *foco*; la fijación del *tiempo*, sobre todo en la medida que es anunciado desde el inicio; y también la actitud *técnica* más activa del terapeuta. En consecuencia, tales factores, foco, encuadre y tiempo, son interdependientes.

4. Especificidad de la focalización en PBP

La focalización, junto con el factor tiempo son los elementos específicos de la psicoterapia breve, lo que la diferencian de otros procedimientos psicoterapéuticos individuales. Pero es necesario hacer unas matizaciones. En primer lugar, no podemos decir que la focalización sea *exclusiva* de la PBP, ni un factor *imprescindible*, ni *suficiente* para su realización.

4.1. La focalización no es exclusiva de la PBP

El establecimiento de un diagnóstico psicodinámico es imprescindible para valorar la indicación de una psicoterapia de orientación psicoanalítica. Eso requiere delimitar ciertos aspectos de la personalidad o de la vida mental y relacional del paciente que identifique y señale lo específico de su funcionamiento psico(pato)lógico. Dicho de otra manera, el diagnóstico psicodinámico consiste en establecer el tipo de relación de objeto *predominante* (aunque no exclusivo) con las ansiedades y defensas correspondientes que se da en el funcionamiento mental del paciente. Este esfuerzo diagnóstico también hemos de establecerlo en todo tipo de examen de un paciente para cualquier indicación psicoterapéutica, incluida, claro está, la PBP. Es decir, que para instaurar un diagnóstico psicodinámico escogemos lo más destacable de la personalidad del paciente, no toda la personalidad, y en este sentido, en cierta medida estamos focalizando.

4.2. Diferencias entre la focalización en PBP y la psicoterapia de larga duración

a. La diferencia estriba en la actitud técnica del terapeuta ante ese diagnóstico psicodinámico, o focalización de la estructura de la personalidad, y en el proceso psicoterapéutico. En el caso de la psicoterapia de larga duración, ese «foco» irá completándose o desplazándose a otras formas de expresión del mismo que irán siendo tratados y comprendidos, en la medida de lo posible. En el caso de la PBP, el foco inicial se procura mantener como eje, aunque teniendo en cuenta los niveles, desplazamiento y contexto del foco, como ya dije.

b. En el caso de la PBP, la focalización requiere además, tal como ya he dicho, que se informe al paciente de la misma y que se especifique su prioridad en cuanto a

las cuestiones a tratar. En psicoterapia de larga duración, aun cuando informo del diagnóstico psicodinámico, en cierta medida, no preciso priorizarlo, sino que argumento que eso justifica la indicación de la psicoterapia. El motivo de especificar el foco en el caso de la PBP no se debe tanto a que es necesario dirigir todos los esfuerzos del tratamiento hacia esos conflictos, sino que es una manera de señalar la limitación de la psicoterapia, marcada por la fijación de un tiempo más bien breve. Aunque el tipo de información ha de ser aquella que sea asequible para el paciente, sería inútil informarle de aspectos de su personalidad que no reconoce como propios en ese momento, ya que constituye parte del trabajo psicoterapéutico el que llegue a aceptarlos.

4.3. La focalización no es imprescindible para la PBP

En determinados pacientes es posible llevar a cabo una psicoterapia breve sin que se haya establecido la focalización, y tan sólo con proponer la limitación del tiempo. Ciertamente, ello requiere que se den otras condiciones. Éstas son, una capacidad del paciente para vincularse, así como para tolerar la separación ante la terminación de la psicoterapia. También, que el motivo por el que no se ha podido focalizar no sea por la «multiplicidad» de focos, en cuanto que abarcan muchas áreas de la vida del paciente, sino que es debido a que aunque el terapeuta pueda establecer un diagnóstico psicodinámico, no parece adecuado proponerlo al paciente, pues no existen elementos suficientes para confirmarlo aunque sí que las dificultades apuntan en ese sentido, pero de una manera muy genérica. Sería el caso del adolescente, por ejemplo, al que se le puede decir que la tarea (foco) del tratamiento puede consistir en ayudarle a superar ese momento vital de pasar de niño a adulto.

4.4. La focalización sola no es un factor suficiente para la realización de la PBP

Han de cumplirse otros factores. Más bien al contrario, si existe una delimitación demasiado recortada de los conflictos estaríamos ante una escisión de la vida mental del paciente difícil de trabajar. Por tanto, la focalización ha de tomarse de manera relativizada, como ya quedó dicho, para no distorsionar el carácter de psicoterapia

psicoanalítica, que presupone una actitud abierta para que el paciente en cada sesión pueda «escoger» entre las dificultades que le preocupan en ese momento.

5. Focalización y proceso psicoterapéutico

La presencia en el curso del proceso psicoterapéutico de distintos niveles de foco, y el deslizamiento de uno a otro así como de una evolución del contexto del foco (o los focos) constituyen indicadores sobre el grado de evolución favorable de la psicoterapia. Siempre que se produzca en cierta medida. Es decir, que es necesario que haya predominado el trabajo durante un tiempo determinado suficientemente largo sobre un foco (o dos) antes de que aparezcan otros focos con igual intensidad que el primero. De no ser así, el campo de intervención psicoterapéutico se iría poblando de material disperso, que se haría difícil trabajar en el tiempo limitado de que se dispone. La aparición de otros niveles de foco no implica que necesariamente se hayan de tratar. En algunos será posible, en otros habrá que dejarlo apuntado para el trabajo posterior del propio paciente una vez terminada la psicoterapia, o para una próxima psicoterapia, si fuera necesario. Como siempre, la clínica permitirá aclarar estas ideas, con el siguiente material.

6. Material clínico. Caso II: Histeria y conflicto materno

Mostraré un caso que planteó dificultades para establecer un área focal de tratamiento dado lo abigarrado de su presentación, tanto desde el punto de vista clínico como familiar. Se podrá apreciar que la actitud no estricta del terapeuta permitió ir consolidando el foco en el curso del tratamiento, así como evidenciar lo que entiendo por deslizamiento del foco

Se trata de una chica de diecinueve años que acude con la madre por unas crisis complejas de pérdida de conciencia, seguidas de temblores de un brazo y rigidez del otro, que a veces se acompaña de episodios agudos de insuficiencia respiratoria con sensación de nudo en la garganta, y junto a ello un estado emocional general de abatimiento o depresivo. También presenta bloqueos mentales intensos, pareciendo que pierde la conciencia pero sin afectación del tono muscular, quedando con la mirada fija, como ausente, manifestación que pude observar brevemente en las mismas entrevistas diagnósticas. Podría describirse como las clásicas «ausencias» ligadas a episodios neurológicos centrales. Viene remitida desde el centro donde se le practicó exploración neurológica que resultó normal, con la indicación de psicoterapia. La paciente refiere que las crisis suelen estar relacionadas con situaciones de tensión, en concreto con los exámenes de sus estudios. Aunque reconoce que su reacción es muy desproporcionada. Presenta también, dice, claustrofobia al metro.

Es de señalar el antecedente de una intervención neuroquirúrgica a los 14 años para extraer un hematoma subdural, al parecer originado tras un golpe en la cabeza, meses antes de su aparición. El postoperatorio fue muy difícil a causa de las secuelas neurológicas de la intervención, que fueron remitiendo, aunque dejando un «ligero síndrome piramidal izquierdo residual» según el diagnóstico del neurólogo.

La paciente acude a las entrevistas diagnósticas acompañada de la madre, quien interviene de forma intrusiva ante la actitud pasiva, de «dejar hacer» de aquella, en especial en la primera que acepté a ambas. Ello dio lugar, al principio, a una relación complicada de la paciente con nuestro centro. También dificultó esclarecer la demanda de la propia paciente, dando la impresión en algún momento que la relación con la madre era tan estrecha, simbiótica o parasitaria, que ella no sería capaz de plantear demanda alguna por su propia cuenta y riesgo, por decirlo así.

Pero al realizar las entrevistas con ella sola, pude recoger información de otros datos, como su buena trayectoria académica, sus intereses personales (viajes, idiomas, relaciones sociales con grupos de su edad) y su misma actitud colaboradora en la entrevista que hacían presuponer unas capacidades yóicas más ricas de las que se mostraban en la primera entrevista, en presencia de la madre, y aún en las pruebas psicológicas realizadas. En efecto, en los tests proyectivos mostró un alto grado de confusión, dificultad de discriminación e indiferenciación en las relaciones.

Aunque pensamos que la relación con la madre ocupaba un lugar importante en la conflictiva de la paciente, nos parecía difícil establecer este foco pues se trataría de una relación de índole simbiótica. Así que tomamos en consideración, en primer lugar, el síntoma de su inhibición en los estudios (a lo que la madre, con la paciente, le concedía mucha importancia) y su propia percepción de la desmesurada reacción emocional de ansiedad ante los exámenes, lo que justificaba el inicio de una ayuda psicológica, dado además que los resultados neurológicos eran negativos. Le planteé las condiciones de encuadre del tratamiento, incluyendo la duración de un año a una sesión por semana. En cuanto al foco, dada su edad, de momento adopté la actitud que veníamos manteniendo para los adolescentes. Ofrecer un espacio, un acompañamiento, que les permita hablar y pensar sobre ellos mismos, en especial respecto de aquellas cuestiones relativas a ese momento vital de la adolescencia.

Una vez en tratamiento, bastante pronto apareció de manera clara la relación conflictiva con la madre, pudiendo establecer alguna conexión entre ésta y las crisis de desmayo y los episodios de pérdida fugaz de visión, no referidos antes, así como la rabia contra la madre que estos episodios enmascaraban. Me mantengo atento a la aparición de este material, y me muestro interesado en explorar algunos datos biográficos que la paciente trata de encubrir o pasar por alto enseguida. Son datos que aunque mencionados en las primeras entrevistas no les concedimos mucha importancia, pero al recordarlos ahora la paciente pude empezar a captar su trascendencia.

Así, resulta que la madre de la paciente es una enferma crónica de una afección ósea recurrente con crisis agudas de dolores osteoarticulares que la inmovilizan por completo, quedando la hija obligada a asumir las funciones domésticas mientras dura el episodio, pues sólo hay un hermano. La enfermedad de la madre se inicia cuando la paciente tiene ocho años, por lo que desde entonces ha de realizar las funciones que aquella no puede,

y al parecer de manera bastante satisfactoria para todos. Siendo ella, también, y no el padre, quien a esa corta edad debía acompañar a la madre a las visitas médicas.

No fue hasta este momento que pude clarificar el diagnóstico de conversión, puesto que anteriormente había quedado enmascarado como posibles secuelas de la intervención neuroquirúrgica. Y fue entonces también cuando se pudo establecer una conexión entre la sintomatología y la conflictiva con la madre, por lo que le planteé esta última como foco terapéutico, lo que sucedió a los dos meses de tratamiento. La paciente estuvo de acuerdo en que gran parte de sus desdichas tenían que ver con esta relación. Pero como suele suceder en situaciones similares donde hay un objeto externo traumatizante, tan solo se percibe un polo de la relación, el del otro, y no la contribución propia. Así que el foco que le planteo introduce la hipótesis de que ella misma, como parte de ese vínculo, está implicada en la conflictiva interna que sufre, con su propia aportación. Para la paciente, sólo existía una versión de la realidad: la de una madre dominante y tiránica que imponía sus criterios, sus gustos y deseos, desde el color del vestido o el chico con el que salir, o la exigencia de ser brillante en los estudios, como el hermano; una madre que incluso puede utilizar su enfermedad para dominar mejor a la hija.

El propósito del tratamiento a partir de entonces fue, en primer lugar, no poner en cuestión la realidad externa de una madre que chantajea a la paciente con su enfermedad y que abusa de la paciente, al tratar que realice sus deseos y expectativas para que sea una continuación narcisista de ella misma (la madre). Pero al mismo tiempo, dirigir la atención de la paciente prioritariamente hacia otra área distinta. Si antes sólo podía percibir una madre «incapaz de cambiar» para dejar libre a su hija, ahora se le plantea cuáles eran en ella misma las resistencias y posibilidades de cambio.

De esta manera comenzaron a surgir sus sentimientos de culpa, que eran fuente principal de que ella cediera ante los chantajes de la madre, quien ante cualquier intento de autonomía de la paciente contra su voluntad podía caer enferma seriamente y atribuir a la desobediencia de la hija el origen de sus males. Culpa que parecía originarse en sus fantasías de desplazar a la madre y ocupar su lugar, lo que además había sido realizado desde corta edad, como dije, asumiendo ella las funciones maternas del hogar. Al crecer e intentar adquirir su autonomía, los chantajes de la madre tratan de impedirlo. Pero, por los sentimientos de culpa, no puede reivindicar su autonomía, así que no le queda otra salida que ponerse ella misma enferma, colocarse en la posición de débil, necesitada de los cuidados de la madre, quien entonces aminora sus exigencias, al tiempo que la cuida.

De esta manera también se identifica con una madre enferma, recibiendo el castigo «merecido» y aliviando el sentimiento de culpa. Pero al mismo tiempo su posición de débil concedía a la madre mayores derechos como tal para seguir inmiscuyéndose en su vida, hasta que la paciente protestaba de la única manera que sabía: recurriendo a la enfermedad, de nuevo. Creándose así el típico círculo vicioso de las relaciones enfermizas en las que ambos extremos de la relación participan en alimentar y perpetuar este estado de cosas.

Por otra parte, ocupó cierto tiempo la reconstrucción de las vivencias de la paciente en torno a la intervención neuroquirúrgica de años atrás. Pude darme cuenta entonces del enorme esfuerzo realizado por la paciente durante el postoperatorio, pues aun contra el pronóstico de los propios médicos, el mismo año de la intervención fue capaz de reincorporarse a los estudios y no perder el curso, a pesar de dedicar ¡casi ocho horas diarias! de ejercicios fisioterapéuticos durante los dos meses posteriores a la intervención. Tales datos, que podríamos considerar como «contexto del foco», contribuyeron a formarme otra imagen de la paciente, diferente de la inicial; de una persona absolutamente dependiente de la madre e incapaz, a una persona con unos extraordinarios recursos yóicos para hacer frente a situaciones sumamente difíciles.

De ninguna manera traté de indagar en las fantasías inconscientes que la intervención en su «cabeza» y en edad adolescente hubiera podido movilizar, dadas las limitaciones de una psicoterapia breve. Pero este material nos sirvió, en cambio, para ver sus capacidades yóicas, así como para entender que este hecho traumático físico sirvió de terreno abonado en el que pudieron prender los síntomas conversivos. Así pues me resultó útil conocer los datos importantes de la vida de la paciente, como la historia de la enfermedad de la madre y la de su operación neuroquirúrgica. Datos que pudimos ir conociendo mejor, cuando ante las veladas alusiones de la paciente, y ciertas resistencias, yo la ayudaba a seguir explorando, sin interpretar. Como decía antes, estos datos son los que nos ofrecen un panorama de lo que denomino contexto del foco, que ayudan a situar y comprender mejor el conflicto central.

Cuando llevamos cuatro meses de tratamiento, un día la madre nos comunica por teléfono que la paciente, que ya había retomado los estudios suspendidos durante los dos primeros meses de tratamiento, ha iniciado además una actividad laboral en un horario incompatible con la sesión, por lo que no podrá venir y deberá interrumpir el tratamiento. Al mismo tiempo, la madre pide consulta con el terapeuta para recabar información sobre

lo conseguido en el tratamiento de su hija. Se le devolvió la demanda de consulta a la paciente, remitiéndola a su sesión a la hora habitual, la semana siguiente, para tratar esta nueva situación y no acepté la visita con la señora. Una vez en sesión, con la paciente pudimos trabajar el sentido de este *acting–out*. Se trataba de una huída hacia la salud, ya que por entonces había remitido la sintomatología que la trajo a consultar, tanto la depresión como los síntomas conversivos; incluso se produjo un incremento de su actividad, en general, tanto en los estudios como en iniciar un trabajo. La huída, traté de mostrarle, parecía motivada por la ansiedad generada por el hecho de estar planteándose por primera vez la relación problemática con la madre en unos términos diferentes a como lo había hecho hasta ahora, en el sentido de incluirse ella misma como parte del problema. La huída también suponía reestablecer el estado previo de relación con la madre, al inducir a ésta para que interviniera en su vida, en su tratamiento, única actividad en la que la madre no había participado después de los primeros contactos, habiéndose considerado fundamental preservar este espacio de la paciente al margen de aquella. La firmeza del terapeuta en no prestarse a la manipulación de la paciente en complicidad con la madre, así como una confianza en que ella sería capaz de continuar, obtuvo una respuesta de colaboración. Estuvo dispuesta a continuar la psicoterapia (de hecho sólo se perdió una sesión) hasta el plazo fijado desde el inicio.

Entramos entonces en una segunda etapa del tratamiento. Por un lado, seguimos abordando el conflicto focal y, por otro, comienza a aparecer otra problemática que progresivamente va desplazando en interés a aquel, y es la de su vida sexual. Aparentemente, entrábamos en un terreno nuevo, hasta ahora no tratado, que podría constituir un nuevo foco terapéutico. Ello me planteaba la duda de si debíamos afrontarlo con el riesgo de sentar un precedente; es decir, incluir nuevos conflictos a tratar, además de los acordados y focalizados, y en consecuencia este tratamiento podría ir más allá de las previsiones de una psicoterapia breve focalizada y con un tiempo establecido. Así que esperé unas cuantas sesiones, lo que me permitió ver que la temática sexual no estaba alejada del conflicto central.

En efecto, la paciente recuerda que tiempo atrás le había dicho la madre: «si alguna vez quedaras embarazada, me matarías…». Hace poco, ambas han tenido una conversación, «clara y sincera», precisa la paciente, sobre estos asuntos. Lo que ha sido posible porque ha visto en la madre una actitud abierta y no impositiva, que puede tener que ver, observa, con que ella misma se siente diferente en la relación con aquella. En

dicha conversación, la madre le dijo que no le parecería mal que incluso tuviera relaciones sexuales prematrimoniales porque eso le ayudaría a un mejor conocimiento de la pareja, pero siempre que tomara medidas anticonceptivas. Por esos días, la paciente tiene su primera experiencia de coito de su vida, que le resultó algo insulso y más bien decepcionante. Pudimos comprender entonces que tuvo el sentido de un *acting–out*. Porque no se trataba tanto de una experiencia por ella deseada y, tal vez, al mismo tiempo temida por ser nueva y desconocida, sino de poner en práctica algo prohibido por la madre hasta ahora y que ya podía realizar por el mero hecho de la autorización materna. El objetivo del tratamiento, de acuerdo con el foco establecido, se limitaba a poner de manifiesto la utilización que la paciente hacía de la relación con la madre para no encarar las experiencias propias, en este caso la sexual, como pertenecientes a sus deseos, con los correspondientes temores. Este nuevo material fue incluido en el tratamiento durante un tiempo, pues lo que parecía un nuevo foco, se vio que estaba ligado al conflicto central. Esto es lo que denomino deslizamiento del foco.

Dejo aquí este tratamiento que llegó hasta el final del período acordado, pues tan sólo me interesaba mostrar los aspectos relacionados con el foco. Y pasaré a describir otro caso donde más bien ocurre algo diferente y es que el foco inicial se mantiene desde el principio aun cuando aparecen otros datos que se dejan de lado.

7. Material clínico.
Caso III: «La mamá híper–responsable»

El caso muestra la focalización determinada por la paciente, así como el curso de los acontecimientos vitales mientras realizaba la psicoterapia, y su relación con aquella. Asimismo, ejemplifica la evolución que experimenta la propuesta de duración del tratamiento.

Entrevistas diagnósticas

La paciente me es remitida por un compañero que atiende a un pariente suyo, en psicoterapia psicoanalítica desde hace varios años. Según me sugiere aquel, vería adecuada una psicoterapia breve centrada en la elaboración del duelo por la pérdida del padre, al parecer no resuelto y reactivado por la enfermedad grave de la madre desde hace poco tiempo y con mal pronóstico.

La paciente me informa, ya en las entrevistas, que tiene estados de ansiedad y malestar depresivo que le superan. Hasta ahora, siempre ha sido una mujer capaz de hacer frente a las muchas vicisitudes que le ha deparado la vida, pero ha llegado un momento en que ya no se siente con fuerzas para seguir enfrentándolas.

Hace poco experimentó una especie de mareos que le llevaron a visitar a diferentes especialistas. También acudió a un homeópata que atiende a su marido, con una enfermedad autoinmune, y en quien confía mucho pues desde que se hace cargo de él le han rebajado a la mitad la dosis de medicación que venía tomando. Este médico le dijo que lo que ella necesitaba era expresar las cosas que lleva dentro y le recomendó que cada día hablara una hora ella sola sobre lo que le saliera. Aunque lo ha intentado, no lo consigue pues se encuentra ridícula hablando sola. Recordó que su marido, hace tiempo, le viene diciendo que tal vez ella necesitaría una ayuda psicoterapéutica y por eso está dispuesta a iniciarla, aunque cuando le hablaron de la posibilidad de una psicoterapia de un año de duración, le pareció mucho tiempo.

Desde siempre ha tenido que hacerse cargo de responsabilidades que iban más allá de lo que se supone que le correspondía. Así, al ser la mayor de varios hermanos, cuando el padre enfermó tuvo que dejar sus estudios, así como su ilusión de estudiar Medicina, para ponerse a trabajar a fin de aportar ayuda económica a la familia. Desde entonces no ha dejado de asumir responsabilidades que incluyen las necesidades de muchas personas

próximas a ella. Cuando la abuela enviudó, se sacrificó yendo a dormir cada noche con ella, hasta que finalmente se trasladó a vivir a su casa.

A su marido lo conoce trabajando en la misma empresa en la que es un directivo. Él se separó de su mujer, quien poco tiempo después falleció. La paciente inicia entonces una relación con él, se casan y marchan a la misma casa donde él había vivido con su esposa. A pesar de que no le gustaba el mobiliario ni la decoración, no modificó nada, por respeto a la difunta. La única reforma que ha llevado a cabo ha sido la necesaria para hacerse cargo de un pariente, enfermo de una enfermedad invalidante que le tiene postrado en silla de ruedas; aunque este hombre está casado, es mayor como su esposa quien no se encuentra con fuerzas ni ánimos para atenderle. La paciente le ofreció su ayuda, siempre que él dedicara su pensión a contratar una asistente durante el día, aunque la cuestión de la higiene personal semanal del enfermo corre a cargo de ella, pues «comprende» que «no se van a dejar estas cosas en manos de una extraña».

Ella sigue participando de manera activa y eficaz en la empresa. Hay varios hijos del primer matrimonio del marido. Una de las hijas, es muy problemática, creando a veces situaciones conflictivas en casa que motivaron que la paciente decidiera primero echarla de casa y luego readmitirla generosamente, y siempre con el apoyo del padre. Tiene buena relación con otro hijo pequeño quien la considera como una madre y le consulta cuestiones personales.

La paciente expresa el alivio que le supone haber conseguido esta entrevista, pues no ha sido fácil, dado que la demanda se me hizo muy cerca de iniciar yo mis vacaciones de agosto, por lo que el comienzo del posible tratamiento no podría ser hasta después. De todas formas, le tranquiliza pensar que en septiembre haya alguien que pueda «ayudarla a hacerse cargo de sus problemas y tal vez poner algo de luz».

Le preocupa la enfermedad y posible muerte de la madre, de manera que la ayuda psicológica es para que estar lo suficientemente fuerte y ayudar a la madre durante esta etapa final de su vida. Le angustia no estar en condiciones emocionales para hacerlo.

Aproximación diagnóstica y comentarios tras la primera entrevista

Evidentemente, la paciente acude a pedir ayuda porque ya no tiene recursos para hacerse cargo de tantas cosas emocionales que ha venido asumiendo. Y el conflicto estriba entre la tendencia persistente en seguir asumiendo los problemas de «los demás» y el sentimiento de verse desbordada. Mi primera impresión es que se trata de una

persona en la que un fuerte sentimiento de culpa inconsciente le lleva a pseudo reparaciones que en última instancia no hacen más que desvalorizar aún más al objeto con el consiguiente aumento de culpa y nueva necesidad de falsas reparaciones, manteniendo así un círculo patológico de difícil salida. A ello hay que agregar la satisfacción narcisista por el relativo éxito de las maniobras pseudo reparadoras, al menos en cuanto a conseguir un mejor bienestar para los demás.

En esta entrevista, no me queda claro que la psicoterapia breve que demanda sea la ayuda indicada. No le hago ningún comentario al respecto, pero sí le señalo que el origen de su malestar no estriba tanto (en realidad ella no lo plantea en estos términos, sino que reproduce el comentario del compañero que apuntaba en ese sentido) en la muerte del padre todavía presente en ella, activado por la enfermedad de la madre, sino en su manera de relacionarse con los problemas propios y de los demás de tal forma que parece que ella tiene que asumir tanto los de los demás que en momentos difíciles como ahora le desbordan los propios. Y eso es una dinámica antigua. Está de acuerdo. Pero quedamos pendientes del próximo encuentro después de verano para decidir el tratamiento.

En la segunda entrevista, realizada tras mis vacaciones, un mes después, la paciente dice encontrarse más tranquila porque han mejorado las condiciones externas. Han operado a la madre del tumor que padecía y la intervención ha sido exitosa, mucho mejor de lo que esperaban los médicos. Antes de la intervención le avisaron de los riesgos existentes, de secuelas postoperatorias que incluían déficit de algún tipo, motor o funcional, así como la posibilidad de que no se pudiese extirpar todo el tumor con lo cual el pronóstico se ensombrecía, pues si ahora la expectativa de vida está en función de que vuelva a reproducirse, lo que es inevitable, pero que puede darse en un período de tiempo que oscila entre uno y cuatro o siete años, en el caso de que hubieran tenido que dejar parte del tumor, ese tiempo se hubiera rebajado hasta no llegar al año.

Por otro lado, la abuela ha aceptado ir a una residencia geriátrica, cuestión que le preocupaba pues temía que se sentiría abandonada. Así que se encuentra más tranquila. Además, ya se ha encontrado en condiciones para volver al trabajo lo que le anima, pues es algo que maneja y controla bien.

Explica que también se ha mudado de casa. Han ido a vivir a un piso nuevo. No lo había hecho hasta ahora a pesar de que no se encontraba bien en la casa donde la familia había vivido siempre desde el anterior matrimonio del marido. Con ello queda claro que

ella no se puede permitir disfrutar de las cosas, menos aún a costa de los demás, o de lo que ella supone que es a costa de los demás. El marido ha aceptado también el traslado.

Reconoce que sobreprotege mucho a la gente. Que enseguida se hace cargo de los problemas de los demás. En el trabajo, ha aprendido a empezar a delegar en otros, lo que está resultando beneficioso para todos. Pero es una situación nueva para ella y le resulta extraña. Donde no lo consigue es en su vida privada.

Al preguntarle por *sueños*, apenas recuerda ninguno. «Eso que dice la gente que tiene sueños en los que cae al vacío, yo no los he tenido nunca… Aunque recuerdo que a veces tenía un sueño en el que parecía que alguien me levantaba la cama, desde atrás, yo gritaba pero no me salía el grito, y me sentía impotente y angustiada. Al final me despertaba, para alivio mío».

Le recuerdo que, como le anticipé en la primera entrevista, hoy hablaríamos de lo que recuerde de su *infancia*, y dice que no le viene casi nada. Y que le preocupó cuando yo se lo anuncié porque no recordaba nada. Por eso ha estado mirando fotos de entonces, este mes. Que sus primeros recuerdos comienzan hacia los cuatro años, cuando nació su hermana. Siempre recuerda la casa, de cuando ella era pequeña, pero ya con hermanos. Aunque es evidente que si el primero no nació hasta que ella tuvo cuatro años, todo ese tiempo ella debió «ser la reina de la casa». Le ha llamado la atención el hecho de no recordar ninguna canción de niña. A diferencia de la hermana, que sí y entonces puede cantárselas a sus hijos. En cambio, la paciente ha tenido que aprenderse las canciones que le han proporcionado en la guardería para cantárselas a su propio hijo. Incluso le preguntó a la madre si a ella también le cantaba de pequeña, como a la hermana, lo que era más que evidente al ser la única de casa, todo lo cual le ha venido a la cabeza al ver las fotos de su infancia este verano. En una de ellas, cuando debía tener unos cinco años, estaba en su ciudad natal con un paisaje de nieve, pero no recuerda nada de aquella nevada. Al contrario que otras amigas suyas que hablan de ello como un acontecimiento, por lo excepcional del hecho. Pues así le sucede con las fotos de niña, que no recuerda las situaciones que aparecen en la imagen. Es como si hubiera apartado o anulado toda esa época. Lo único que recuerda es que iba a la escuela y sacaba buenas notas.

Le comento que se corresponde, en cierta manera, el hecho de que ella siempre se ha sentido tan responsable, «tan mayor», para con los demás, y con ella misma, y por tanto tendría que borrar a la niña dentro de ella. Tenía que borrar su infancia. Ser niña significaría no solamente ser una buena estudiante, que curiosamente es lo único que

tiene presente, es decir, aquello que correspondería a la faceta mayor de una niña, sino que una niña también tiene miedos, y le gusta jugar, y tiene necesidades que han de ser satisfechas por los mayores, y si ella sentía que debía crecer deprisa, no podía tener presente que era una niña.

Tras mi intervención, asocia que le han explicado que de pequeña era muy *mala comedora*, pues la madre debía llamar a las vecinas para que le explicaran cuentos mientras le daba la comida. Aunque a partir de los cuatro o cinco años comenzó a comer bien. Pero eso lo puede decir no porque lo recuerde sino por verse más bien gordita en las fotos. Luego, en la adolescencia volvió a bajar peso pero por su interés en mantener una figura acorde con les exigencias de la edad.

En cuanto a enfermedades, padeció episodios esporádicos de crisis asmática que aún ahora aparecen pero que tiene controladas con medicación. Y durante la infancia, la sífilis contagiada por el incidente a los cuatro años (en ese momento recuerdo lo que ya me había explicado de pasada en la entrevista anterior y que yo había borrado por completo, y es el hecho de que había sido abusada sexualmente de niña).

Poco a poco vamos recordando algo de lo que dijo en la entrevista anterior y añadiendo algún dato nuevo. Ella debía tener unos cuatro años. Reconoce conmigo que debía ser próximo a la fecha del nacimiento del hermano. Dice que ese dato es uno de los que le han llevado a concluir que debía tener unos cuatro años y medio. Recuerda que cuando sucedió la violación, en casa ya había un bebé, y por otro lado ella sabía que no había llegado aún el mes de su cumpleaños. Pero también le viene a la memoria que ella iba con vestiditos sin mangas por lo que debía ser verano. El hecho ocurrió que, estando en una tienda con la madre y otra señora también con su hija, un par de años mayor que la paciente, esta niña la cogió de la mano y la llevó fuera a la calle. A partir de ahí sólo recuerda que entraron en una furgoneta, donde había un hombre y luego ya no tiene memoria de nada más, sino la imagen de mucha gente, mucho jaleo, ir a la comisaría de policía, etc. Que ella lloraba porque le habían quitado el caramelo que, al parecer, le había dado aquel señor para atraerlas, a ella y a la amiga. Pero que no recuerda ninguna situación dolorosa, por lo que no piensa que hubiera penetración, aunque más adelante al tener relaciones sexuales, de mayor, no tuvo dolor ni pérdida de sangre, como le han comentado las amigas que suele suceder cuando es la primera vez. Las únicas imágenes que tiene son las de un pene y luego ya el jaleo de gente. A consecuencia de la violación estuvo enferma de sífilis. Recuerda con desagrado todo el tiempo (durante la latencia) en

la que tuvo que acudir a muchos médicos, hacerse análisis y tomarse medicaciones. Me sorprende que el tono afectivo de la paciente mientras relata estos hechos sea como si me estuviera hablando de otra persona. No hay rabia, ansiedad, pena…

Poco después de esta situación, la llevaron a una psicóloga de la que guarda muy buen recuerdo. Dibujaba y jugaba con ella, y conserva la imagen de la terapeuta como una mujer muy agradable. Todavía hoy de vez en cuando la evoca «cuando una necesita acordarse de alguien en un momento de necesidad».

Luego añade que como se siente más tranquila, si no hubiera venido antes de vacaciones, probablemente ahora no hubiera pedido ayuda. No obstante, está dispuesta a hacer el tratamiento, porque además hace años que le vienen diciendo que a ella le iría bien una ayuda de este tipo.

Quedamos en hacer otra entrevista para terminar de decidirlo. Pero le adelanto la posibilidad de que acordemos hacer el tratamiento de un año, que ahora sería, hasta el verano próximo («como en el colegio», responde sonriendo) a una vez a la semana. Pregunta si no podría ser quincenal, pero acepta enseguida mi propuesta semanal.

En la tercera entrevista acude puntual y más tranquila. Dice que lo que más le ha hecho pensar a partir de las entrevistas que hemos tenido ha sido el darse cuenta de que apenas recuerda nada de su infancia, lo cual la ha dejado un poco inquieta. Ha vuelto a preguntar a la madre si cuando ella era niña le cantaba canciones, lo que ésta le ha asegurado, y ella ha de creerlo, pero que no guarda ningún recuerdo. Le extraña y le llama la atención. (Aunque está tranquila, percibo un cierto tono depresivo, como de estar algo cansada). Explica que han estado haciendo las gestiones para la marcha de la abuela a una Residencia lo que le apena un poco, a pesar de que aquella lo acepta.

Hablamos de la cuestión de su entrega a los demás. Dice que es algo que siempre ha sido así, y que por eso no le ha costado cuando se planteó la posibilidad de atender al familiar incapacitado en casa, para evitar internarlo en una Residencia. Luego se enteró de que esa postura suya había sentado mal a los hermanos del familiar porque era como si se colocara por delante de ellos. Pero que ni siquiera lo pensó. Que se ofreció porque ella no tenía problema para ocuparse incluso de la higiene del familiar, ya que lo había venido realizando desde hacía años. Primero con el abuelo paterno, que murió de cáncer, luego con la abuela, también paterna, cuando entró en una demencia senil, y finalmente con el propio padre cuando estuvo unos siete u ocho años con el cáncer.

Después de casada, tardó varios años en tener un hijo. El retraso fue deliberado, pues ella quería, en primer lugar, afianzar las relaciones con los hijos de su marido. «Si con el casamiento entraba una extraña en aquella casa, no quería que entraran dos, con el niño». Cuando las relaciones ya funcionaron, se dispuso a tener el hijo.

Indago entonces sobre su vida sexual y directamente le pregunto si le parece que ha tenido alguna influencia el trauma que padeció de pequeña. Contesta que no, que para nada. Que con su marido ha tenido y tiene una vida sexual satisfactoria. Afirma que la relación con su marido es buena, en general, puesto que tienen una serie de cosas comunes, en cuanto a la manera de estar en la vida. A ambos le gustan los libros, la música clásica y, en cambio, nada el ir de bares, a los sitios de aglomeración de gente. Prefieren la montaña al mar, etcétera.

Le dio el pecho a su hijo durante unos cinco meses. A ella también se lo dieron, aunque un poco más de tiempo, dice, casi un año. Piensa en la posibilidad de tener otro hijo, a lo que el marido no se opone, pero le deja a ella la responsabilidad. Y ella se lo está pensando, sobre todo porque le gustaría tener una niña. Como el médico le ha dicho que hasta los 40 años tiene tiempo todavía para un embarazo normal, pues aún tiene algún año para pensarlo.

Aunque desde la operación de la madre que fue bien se encuentra más tranquila, se da cuenta que necesita hablar de sus cosas y sigue interesada en hacer el tratamiento.

Le recuerdo y amplío la idea que ya habíamos apuntado en la entrevista pasada, y que justifica la indicación de la psicoterapia. Focalizo el tratamiento en su tendencia a atender a los demás, siendo ella la que siempre está disponible, lo que a veces puede resultar incluso perjudicial para su propio desarrollo personal. Es como que no pudiera permitirse satisfacciones propias, como no sean las de cumplir con la exigencia de atender y cuidar a los demás. Le ratifico mi propuesta anterior de una psicoterapia semanal, hasta las vacaciones de verano, es decir, unos *nueve meses de duración*.

Comentario a las primeras entrevistas y aproximación diagnóstica

En este caso me llama principalmente la atención el trauma infantil de la violación como una experiencia que ha tenido poca presencia en la vida posterior de la paciente. Apenas lo recuerda, no está presente ni consciente, ni tampoco existen indicios de que lo sea inconscientemente. Su vida sexual no parece estar afectada por ello. Ni las relaciones con los hombres, en general. Es significativo el hecho de que yo tampoco lo había

registrado llegando a tener dudas en la segunda entrevista de si correspondía a ella o a otra paciente. Me sorprendió sobremanera tal olvido, pero debió ser que me lo trasmitió como algo sin importancia.

Así que llama la atención el equilibrio psíquico conseguido, no obstante dicho trauma. Y da la impresión de que ese equilibrio está muy estructurado. La compensación psíquica puede venir por la existencia de un yo muy fuerte y sólido. Y podría especularse también que los primerísimos años de vida (cuatro hasta el trauma) se hubieran dado en base a una sólida relación con las figuras paternas lo que le permitió internalizar unos sólidos objetos internos. Aunque deberían ser muy sólidos para soportar el trauma de la violación, siendo aún tan pequeña, y que eso no haya dejado secuelas significativas. En todo caso, la amnesia infantil tan acusada, que a la propia paciente le sorprende, es el único vestigio que encontramos como una reacción defensiva frente al trauma.

En relación con el trauma, podría tener relevancia esa característica de la paciente en ocuparse de los demás, y de manera especial de figuras masculinas mayores, como si así tales figuras quedaran convertidas en objetos dependientes y desvalidos, con lo cual disminuyen los temores de agresión, y al mismo tiempo tales figuras masculinas quedan desvalorizadas (el padre, el abuelo, el marido ahora con la enfermedad autoinmune), inválidos y enfermos. Aunque, también tuvo una relación con un hombre joven, de la que no ha explicado por qué no funcionó.

Me hago varias preguntas: ¿Porqué me la envían con la indicación de una psicoterapia breve? ¿Realmente es el tipo de ayuda óptima? Estando en el marco asistencial privado y con una persona con recursos tanto de personalidad como económicos, las posibilidades de indicación y su aceptación tan sólo dependerían de la mayor idoneidad de la PBP, al menos en el momento de la indicación.

La paciente se ha tranquilizado respecto de la crisis inicial que motivó la consulta: el éxito de la grave intervención a que fue sometida la madre aplaza el duelo por ella. Ha retomado su actividad laboral, que suele ser un recurso defensivo importante. Es decir, el grado de sufrimiento no es tan alto como para que la paciente acepte una ayuda más intensa, por ejemplo, una psicoterapia de dos sesiones a la semana durante tiempo ilimitado. Además, teniendo en cuenta la personalidad de la paciente, con buenos recursos yóicos que le han permitido afianzarse en una actitud de cierta «autosuficiencia», así como el haberlos puesto a disposición de las personas próximas, sería un obstáculo para que aceptara una ayuda más intensa. En primer lugar, por la

herida narcisista. En segundo lugar, por la dificultad para aceptar que ella tenga derecho a recibir atención individualizada más intensa y larga, debido a un sentimiento de culpa, subyacente a esa dedicación que le lleva a entregarse a atender las necesidades de los demás, como una constante expiación, que no auténtica reparación. Pero además si consideramos el grado de perturbación de su patología, para ella y sus relaciones, hemos de decir que no es especialmente disruptivo. Es una mujer que funciona bastante bien en sus relaciones de pareja. El componente de infravaloración del marido, en cuanto alguien mayor que ella y necesitado de su ayuda no es excesivo; y coexiste junto a una valoración de otros aspectos de él. Se ocupa adecuadamente del hijo y da muestras de un afecto y un cuidado que no parece ni absorbente, ni mecánico, ni frío.

Retomando la idea del trauma infantil, la misma denominación de «trauma» es la que yo le adscribo de acuerdo con lo que objetivamente diríamos por la descripción que hace la paciente de tal hecho, pero no por el impacto psíquico causado en la niña, ni posteriormente en el curso de su vida hasta la fecha. Sorprende que no solamente haya quedado reprimido, o más bien disociado de forma tan intensa sino que no detectamos manifestaciones psicopatológicas o perturbaciones considerables, ni siquiera indicios en sus relaciones, ni en su vida sexual, ni afectiva. De manera que es como si se hubiera disuelto, como si hubiera desaparecido de su vida. Pero como, en principio, sabemos que eso no es posible, nos queda la duda entonces si esa represión o disociación tan intensa no correría el riesgo de activarse de una manera imprevisible. Salvo que se realizara un psicoanálisis propiamente, cuestión que estaba muy lejos de plantearse la paciente en ese momento. Cabe por último pensar que la demanda inicial de la paciente referida a la madre, ante su posible pérdida, pudiera conectarse con el trauma. A fin de cuentas, fue una cierta negligencia de la madre la que propició la violación. Por lo tanto, deben existir sentimientos contradictorios en la paciente que le complican la relación con la madre, y sobre todo si la pierde, la perspectiva de elaborar ese duelo.

Así que lo que me pareció más prudente, de momento, fue la indicación de PBP, como una primera experiencia psicoterapéutica, que, de resultar válida, constituiría un buen precedente para dejar abierta la posibilidad de una ayuda más profunda.

La paciente acepta el tratamiento a pesar de que ha dejado de sentirse desbordada por la ansiedad, se encuentra tranquila. Aunque la aceptación es en parte por el compromiso tácito establecido con el marido, también es por cierta inseguridad de ella al sentirse tan desbordada y por el temor de que pudiera ocurrirle de nuevo, especialmente teniendo en

cuenta que, aunque la madre se encuentra bien en este momento, su dolencia es grave y el pronóstico es de unos pocos años de vida en la medida que pudiera reproducirse el cáncer del que ha sido intervenida. Y otro dato aún, es la inquietud que surgió en la paciente al descubrir que había borrado su infancia de su mente, lo que le generó curiosidad por ello.

Dicho de otra manera, tras las entrevistas realizadas veo en la paciente los suficientes indicadores psicodinámicos para iniciar una psicoterapia psicoanalítica. Reconoce el sufrimiento, primero, y luego, cuando está más tranquila, el riesgo de que vuelva. Lo liga con situaciones psicológicas de pérdida de un ser querido, la madre. Aunque ha borrado su infancia, las entrevistas movilizan la necesidad de ir a encontrar la niña dentro de ella. Le inquieta el hecho y va a buscar en la realidad externa de las fotos o al inquirir a la madre sobre ciertas cuestiones para ir encontrándola. Existe una actitud sincera, de curiosidad, de búsqueda del conocimiento de sí misma. Su aspecto adulto y colaborador es bien evidente y al servicio de la tarea de las entrevistas y de ayudar al terapeuta en ello.

Evolución de la psicoterapia

La paciente suele acudir puntualmente. En esa actitud se puede entender un aspecto de querer demostrar que ella es una persona madura, responsable y adulta. Me lo hace pensar el hecho de que muy pronto, tras dos o tres sesiones, intenta que le modifique el horario de manera temporal, en función de su trabajo, para luego volver al horario anterior, si es que no surgía otro inconveniente laboral. Es decir, que si bien ella no dejará de acudir a las sesiones o no se retrasará «porque sí», por negligencia, por falta de responsabilidad, en cambio sí podría hacerlo por las obligaciones «mayores», como las derivadas del trabajo. El terapeuta, en ese momento se limita a plantear su no disponibilidad, a fin de mantener el encuadre. En parte por razones organizativas, pues hubiera tenido que forzar mis horarios y la demanda no me parecía tan apremiante; pero en parte también porque con dicha petición la paciente intentaba colocar el tratamiento en un lugar muy secundario de los intereses de su vida, según sus resistencias. Ceder en ese sentido hubiera supuesto, probablemente, el inicio del declive de la continuidad de la psicoterapia.

Durante las sesiones del segundo y tercer mes de tratamiento, la paciente ha de hacer un cierto esfuerzo para superar el inicio de cada sesión donde se encuentra un poco

ridícula, dice con una sonrisa, pues se encuentra bien y en realidad no sabe de qué hablar, como dando a entender que es un poco tonto el empezar a hablar de algo que ella no considera necesario. De todas formas, hace el esfuerzo, en parte por el compromiso contraído. Una vez en sesión, aporta asociaciones, a partir de determinados temas que han sido preocupación de la semana.

Al principio, pensaba que su compromiso incluía «prepararse» algún tema para traer a la sesión. A veces lo conseguía. Luego, pudo entender que no era necesario, sino que, por el contrario, eso era una manera de controlar la sesión. Y más adelante, pasaba toda la semana sin haberse ocupado de las cosas que aquí tratamos, lo que la hacía sentirse un poco culpable.

Pero pronto vuelve a surgir el tema de la madre. Esta se encuentra bien de su enfermedad, y la paciente la ha acompañado a hacerse el tratamiento de quimioterapia. Como el mismo tiene lugar entrada la noche, por exigencias de la disponibilidad del Servicio donde se la realiza, ello ha dado pie a que la paciente se relacione con la madre de una manera diferente. Como si fueran dos amigas, dice. Además, le ha permitido pasear por la ciudad a unas horas, que ella nunca ha frecuentado. De joven, por sus múltiples quehaceres y responsabilidades familiares, mientras los demás se marchaban de discoteca, ella que había estado trabajando toda la semana, debía atender sus estudios además de ayudar en las cuestiones domésticas.

En otras sesiones, los temas de interés eran el trabajo y la familia actual. El marido le dice que la encuentra mejor, lo que ella entiende como que la ve capaz de pararse antes de ofrecerse para ayudar en algo, a diferencia de lo que sucedía previamente que frente cualquier problema familiar o laboral enseguida estaba disponible, sintiéndose luego agobiaba. La paciente reconoce que está siendo capaz de dejar las cosas del trabajo fuera de casa, y que sin proponérselo puede desconectar el fin de semana. También está siendo capaz de delegar más en los demás.

En una sesión posterior habla del problema que se ha planteado en el trabajo con una chica que suele crear malestar, lo que ocupa toda la sesión. Dice que esta vez ella no ha querido intervenir. Finalmente, la propia chica ha decidido marcharse. Eso le hace pensar que debería existir una relación muy tensa y difícil entre la chica y las demás personas. Y le sabe mal no haberse percatado antes de ello. Pues generalmente, ella siempre ha sido muy observadora y ha tenido buena «psicología» para captar por dónde van las personas.

Esta situación permite al terapeuta introducir de nuevo una cuestión ya planteada en la primera entrevista y que constituye el foco del tratamiento: y es la tendencia a atender las necesidades de los demás, como una manera de pagar deudas en sus relaciones, y así apaciguar el sentimiento de culpa. Pero en la medida que eso se produce con una gran disponibilidad, ello implica confiar poco o nada en la capacidad del otro, o de otras personas que podrían ser tanto o más adecuadas para atender al que está necesitado. Es lo que vemos que, en parte, parece haber sucedido con la chica. Ésta al empezar a trabajar en la empresa, le confiaba a la paciente su malestar por el maltrato que recibía de su pareja de entonces. La paciente la escuchó y le ofreció incluso buscarle alojamiento. Aunque la chica tiene su madre en la ciudad, pero no quería volver con ella porque se había opuesto a que se fuera con ese chico, y retornar al hogar materno supondría darle la razón. La paciente dice que entiende bien ese orgullo, porque ella también lo ha sentido. Así que se ofreció para ayudarla.

Le digo que de esa manera desplaza a la madre de la chica. Responde que le preocupaba que como esta chica tiene muchos complejos y está liada en su cabeza, si no la ayudaba, se sintiera culpable.

Le reitero esa disponibilidad suya para ayudar a otros incluso en situaciones en las que parece que estaría desplazando a otras personas de su función, como sería la madre de esta chica, en este caso. La paciente insiste en que ella comprende que ella no quisiera volver a casa de la madre. Quedamos en continuar viendo esta cuestión.

Cuando ha terminado la sesión, ya de pie, me dice que esta semana ha vuelto a tener una crisis de asma. Que el médico no le ha recetado más corticoides porque el nivel de oxígeno en sangre era adecuado, es decir, que la sensación de ahogo era mayor que lo que correspondía por el nivel de oxígeno, de forma que el mismo médico le ha preguntado si había tenido algún estrés, a lo que ella no supo que contestarle, pero una vez fuera sí que pensó si todo esto que hoy hemos hablado habría tenido que ver. Y que también aquí habría querido hablarme de la crisis de asma. Pero ahora se da cuenta que seguramente toda esta situación de la chica le ha afectado más de lo que podía reconocer.

Esta última sesión pone bien de manifiesto el funcionamiento de la paciente. Habla durante todo el tiempo de su preocupación por otra persona, y no es hasta el final que explica la crisis de asma que ella misma ha padecido. La defensa habitual en la paciente es la de proyectar las necesidades en otros, y atenderlas a través de ellos. Ahora, en el último momento ha sido posible un *insight* que pone en claro toda la sesión. El recuerdo

de la crisis de asma le permite re–introyectar su necesidad y comprender, aunque sea parcialmente, la conexión con el tema tratado. Digo parcialmente, pues aunque mis intervenciones hacen referencia a su tendencia a desplazar a otras madres de su función materna, no queda claro en ese momento la vinculación con la propia conflictiva con su imagen materna. Conflictiva de donde resulta el otro nivel de foco: las dificultades para elaborar el duelo que anticipaba. Al mismo tiempo, la paciente está pudiendo acercarse a la madre, «como [si fueran] dos amigas», dice. No creo que se trate de pretender igualarse a la madre, como de reconocerle el lugar que habitualmente no le ha reconocido, como madre con sus capacidades maternas

Etapa de terminación

Poco antes de finalizar el tiempo acordado de psicoterapia, casi diez meses, fallece la madre, tras una repentina y fulminante reactivación de su enfermedad. Ello nos llevó a decidir aplazar la terminación en un par de meses después de las vacaciones de verano, y por tanto para antes de las navidades. Pero al acercarse estas, que serían las primeras sin la madre y la época en que también falleció el padre, la paciente no se sentía segura de acabar, por lo que pidió, y acordamos, hacerlo un mes después, en enero.

A la vuelta de la interrupción del tratamiento por las fiestas navideñas, la paciente ha estado en contacto con tales pérdidas, pudiendo tolerarlas, así como haciendo frente a las cosas de su vida. Así que mantenemos la idea de terminar a finales de enero. Es decir, que en total, el tratamiento habrá tenido una duración de poco más de un año. Durante este mes la paciente ha ido considerando cómo se encuentra en el sentido de constatar que ha valido la pena hacer la psicoterapia porque ella puede ahora estar de otra manera. Se pregunta sobre si ese estado de mejoría es pasajero, a lo que ella misma responde cuando advierte que precisamente durante todo este último tiempo, después de la muerte de la madre, no es que en su entorno las cosas hayan estado tranquilas. Al contrario, ha habido varias circunstancias problemáticas, y sin embargo las ha podido tolerar y enfrentar bien.

En la última sesión, viene arreglada de manera especial, diferente a lo habitual, como si se tratara de asistir a un acontecimiento en su vida al que hay darle la importancia que se merece. No me parece que responda a una actitud maníaca, lo que luego se confirmará, por el contenido de la sesión.

«Ahora sí que hemos llegado al final», dice, y añade que cuando venía hacia aquí pensaba que una de las cosas para la cual le ha servido la psicoterapia es para aprender a establecer los límites dentro de los cuales aceptar lo que es responsabilidad suya y lo que ella considera que es de los otros. Explica una situación que acaba de vivir estos días en la que ha tenido una discusión con una compañera de trabajo que a veces tiende a mezclar cuestiones personales con asuntos de la empresa. Que en otro momento ella se hubiera enganchado, aceptando la situación que la otra propone, no por sumisión, sino por asumir lo que la otra no era capaz, pero ahora entiende que eso es sobrecargarse ella y, además, supone no contar con las posibilidades que tenga la otra persona; y en todo caso, se trata de aceptar que el otro puede tener sus problemas, y que no es ella quien habrá de resolverlos.

Manifiesta que en su vida habrá un antes y un después de la psicoterapia. Su marido le dice que no ve claro que acabe el tratamiento, pues la ve más tranquila y mejor desde que lo hace. Ella dice que cree que sí debe acabarlo, como hemos acordado. Que tiene ganas de ver en qué medida es capaz de seguir por su cuenta. Y piensa que, en principio, podrá, porque se ve en condiciones para ir sola. En cualquier caso, siempre existe la posibilidad de volver si las cosas se pusieran muy mal. Por ejemplo, se ha dado cuenta que últimamente, cuando le ocurre algo en su vida de cada día, puede pararse a pensar lo que ha ocurrido. Como ayer, que estaba con un cliente y hubo algo que éste dijo que no le gustó, no sabía porqué; aparentó no sentirse afectada, y luego, una vez terminada la entrevista, estando sola, sintió necesidad de repasar lo que había ocurrido. En otro momento, hubiera retenido el hecho para traerlo a la sesión. «Claro que siempre es una ayuda que el terapeuta te dé su versión», dice. «Pero es como que ahora yo he aprendido a hacer por mí misma ese esfuerzo de repasar las cosas que me suceden. O el otro día, que estaba con mi hija mayor y le pedí que me hiciera algo que a mi me parecía que había que realizar, y ella me contestó que no; pues, en otro momento, yo me hubiera callado y quedado con el malhumor, pero ayer fui y le pregunté por qué decía que no y me dio sus razones, de lo que resultó que la chica tenía razón, y no era lo que yo me pensaba».

«Por otra parte, justo hoy ha llegado la notificación de que le han concedido la plaza para la abuela en la residencia. De manera que recordaré este día como el que he acabado la psicoterapia y el que me notificaron la plaza de la abuela». La abuela se encontraba en casa porque ella también se ofreció en su momento a darle cobijo, cuando

había otros familiares, lo que vimos en relación al foco terapéutico: su tendencia a hacerse cargo de las necesidades de los demás, lo que le dejaba poco espacio para ocuparse de ella misma y encontrar satisfacción con su pareja y familia. Hoy reconoce con satisfacción que sin la abuela, podrán sentirse más libres y podrán estar en casa el matrimonio con los hijos.

Le relaciono este asunto con la despedida de aquí que, por un lado, comporta un sentimiento de libertad, en cuanto ella no tendrá la psicoterapia como un compromiso semanal, pero también supone la pérdida de la ayuda.

Dice que es claro que ya no tendrá que venir aquí cada martes y que podrá utilizar ese tiempo para estar con su marido o haciendo otras cosas.

Le aclaro que no es sólo la dependencia material respecto de unos horarios, sino respecto de las cosas de su vida mental: saber que cada semana tiene la oportunidad de hablarlas aquí, implicaba un esfuerzo para retenerlas y luego traerlas a la sesión donde recibir ayuda. Ahora, al dejar de venir, supondrá una mayor libertad, al tiempo que una mayor responsabilidad de su parte.

Dice que esta cuestión de no ocuparse de ella misma, de sus necesidades y sus deseos, dándose satisfacción, es algo que está ligado a la educación que ha recibido de priorizar la entrega al prójimo. Aunque se da cuenta que en ella ha estado estimulado por su personalidad. Y es lo que ha aprendido en la psicoterapia, no sabe cómo, sin proponérselo, sino que le ha ido saliendo de esta otra manera: permitiéndose el disfrute por cosas que le apetecen, como leer un libro o simplemente pasear, aunque sin dejar, al mismo tiempo, sus responsabilidades con su familia y su trabajo. Y que ahora, cuando quiere o desea algo, puede pedirlo y defenderlo con tranquilidad, sin ningún sentimiento de culpa. Le digo que está mas tranquila además porque se ha dado cuenta de que cuando se ocupa de los demás no sólo se está sobrecargando ella sino que está desvalorizando a los otros, pues desconfía de sus capacidades, como hemos visto en muchas ocasiones. (Asunto que cuando se lo señalé por primera vez le pareció completamente inadecuado, pues cómo es que el terapeuta no entendía que ella tenía una sana intención de ayudar a los demás y que en ningún momento había pretendido ponerse por encima de ellos).

Dice luego que de todas formas esa tendencia suya a ayudar a la gente es algo que no cree que desaparezca pues si se muriera alguna persona de su familia, como un hijo o su

marido, se pondría en una ONG y se volcaría. Pues sería la manera de encontrar una motivación a su vida, que de otra manera le faltaría.

Le digo que aunque le parece que es la única salida, podemos ver que la experiencia que acaba de vivir con la muerte de la madre, no ha provocado la reacción de volcarse en otra personas de su familia, entregándose completamente, sino que justamente, ha sido tras la muerte de la madre cuando ella ha podido reconocer por primera vez que puede permitirse tener su tiempo de ocio para ella misma y que ello ha sido posible en la medida que, como hemos visto, ella se ha re–situado con respecto a la madre, como hija, y con respecto al marido y los demás, colocándose en su sitio. Ha podido aceptar la pérdida de la madre, como tal y reconocerla.

(Ya vimos que la paciente, al principio del tratamiento decía que ella no recordaba que la madre le hubiera cantado nunca cuando era pequeña, mientras ella sí lo hizo con su hijo, y que la propia madre tuvo que aclararle que estaba en un error, que sí le cantó como lo había hecho con la hermana. Es decir, como que hubiera dificultad en reconocer internamente a la madre. Borró a la niña del trauma y a la madre negligente que lo permitió, quizá)

La paciente reconoce que es cierto. Que existe ese riesgo de volcarse en una ONG para darle sentido a su vida, ante la pérdida de un ser querido pero que antes es necesario que ella pueda resituar a las personas queridas, como alguien que se pierde y que han tenido un sentido en su vida.

La paciente da las gracias al marchar con clara expresión de agradecimiento.

Comentarios generales al caso

El motivo de consulta inicial se transforma en el curso de las entrevistas diagnósticas. En la primera entrevista es atendida con cierta urgencia por la ansiedad originada por la inmediata intervención quirúrgica de la madre con un tumor con riesgos de muerte o de secuelas importantes. Es decir, por la necesidad de hacer frente a la anticipación del duelo por la madre. Al cabo de un mes, después de las vacaciones del terapeuta, la paciente está más tranquila porque la intervención ha ido bien, habiendo desaparecido el riesgo de duelo, por lo que duda de la necesidad de la ayuda. En la tercera entrevista, sin embargo, aunque sigue estando tranquila, reconoce que «necesita hablar de sus cosas» lo que no había hecho hasta ahora. Y «sus cosas» tienen que ver fundamentalmente con su

tendencia a ocuparse de los problemas y deficiencias de otros, desatendiendo sus necesidades «infantiles».

Además, este caso ilustra las posibilidades de la PBP. El antecedente del trauma infantil sexual con el hecho de la amnesia por la infancia, hacen pensar en una dificultad para acercarse a lo infantil de ella, teniendo que revestirse de adulta. No puede fiarse de las figuras adultas, en especial la materna, por negligente. Para llevar a cabo un trabajo psicoterapéutico posible parecía necesario, en las dos primeras entrevistas, la realización de una psicoterapia más intensa, de al menos dos sesiones semanales y durante mucho tiempo. No obstante, indiqué la PBP. Es decir, la PBP permitió realizar un trabajo a pesar del trauma infantil. Es más, tengo la impresión que de haber insistido en el mismo hubiera sido contraproducente. Sobre todo si tenemos en cuenta que, en efecto, el foco inicial, revisar su tendencia a ocuparse de otros y el duelo por la muerte de la madre, estarían ligados al trauma. La paciente que olvida su infancia para olvidar también a la figura materna. Es la enfermedad y muerte de esta la que permiten, con la ayuda de la PBP, que la paciente sitúe a la madre como un objeto interno válido, y no como un objeto interno negligente, que no la protegió suficientemente para evitar el trauma, y que por lo tanto había que olvidar.

8. Focalización: síntesis

Por lo dicho hasta ahora, tanto en la parte teórica como en el material clínico expuesto puede apreciarse que no consideramos los síntomas que trae el paciente como dato primordial para delimitar el foco. Tampoco entramos a considerar el significado simbólico que tales síntomas puedan contener. También, a medida que se trata el foco en el trascurso de la psicoterapia se va produciendo un cierto desbloqueo que permite la emergencia de nuevas áreas conflictivas, en una especie de espiral terapéutica. En la PBP tendrá que valorarse si estos nuevos conflictos son susceptibles de ser abordados porque se relacionan con el foco nuclear, o si se han de dejar a un lado. Es lo que ocurrió en el caso II («Histeria y conflicto materno») con la aparición del material sexual que sólo lo tuve en cuenta en la medida que se conectaba con el conflicto central, el de la relación con la madre, quedando abierto para la paciente el posible trabajo de otros aspectos de la temática sexual. También en el caso de «La mamá híper–responsable», fue posible dejar a un lado lo que tuviera relación directa con el trauma sexual para centrarnos en la cuestión de su tendencia a ser ella la mamá de las necesidades de los demás y cómo eso estaba relacionado con el trauma. En PBP considero que es responsabilidad del terapeuta señalar o interpretar el uso defensivo que el paciente pueda hacer del material clínico relativo al foco. Por el contrario, también es de incumbencia del terapeuta recordarlo cuando el paciente tienda a la dispersión. Es decir, que el terapeuta estará atento a si el paciente se atiene demasiado rígidamente al material manifiesto del foco, limitando la asociación libre, o por el contrario, adopta una actitud de divagación que pierde el foco acordado, aunque en nuestra experiencia es más bien una actitud rara. Sin embargo, parece erróneo interpretar todo alejamiento del foco en un sentido defensivo, como ya dije. En definitiva, el proceso terapéutico respecto del foco debería evolucionar en un equilibrio que ha de mantener el terapeuta, con la colaboración del paciente, entre sostener el interés central en el conflicto focalizado, al tiempo que sin quedarse fijado al mismo, y dejar un margen para una cierta asociación libre pero sin que otros aspectos conflictivos inunden el campo psicoterapéutico obstaculizando la tarea propuesta.

Capítulo VI

Intervenciones terapéuticas e interpretación

1. Cuestiones generales

En otra parte (A. Pérez–Sánchez, 1996) me ocupé de lo que denomino la *intervención terapéutica asistencial* desde la perspectiva psicodinámica en un sentido amplio. Aquí recordaré tan solo algún punto. Entiendo que toda intervención asistencial puede ser a la vez una intervención psicodinámica si se realiza desde un *vértice* psicoanalítico. Y con ello quiero decir que el resultado de la misma, aunque sea parcialmente, es fruto de la observación específica que ofrece dicho vértice. Previamente a la intervención, el profesional ha podido vivir la experiencia de observar lo que dice y muestra el paciente, que de alguna manera se lo hace vivir a él mismo, y trata de asimilarlo y elaborado en cierta medida para responder con la técnica que le es más adecuada. De manera que la prescripción de un psicofármaco o una intervención psicosocial pueden ser psicodinámicas en cuanto que se tiene en cuenta el contexto relacional y los aspectos inconscientes involucrados que hayan podido ser observados, para matizar la manera de llevar a cabo dichas intervenciones.

Si nos limitamos al ámbito de las psicoterapias exclusivamente, el resultado de la observación de lo que el paciente muestra o comunica ha de ser prioritariamente una intervención verbal. Pero sabemos también que hay otras formas de intervención no verbales, conscientes e inconscientes, que forman parte de las reacciones del terapeuta ante lo que le comunica el paciente. Las intervenciones no verbales que incluyen todas las manifestaciones corporales del terapeuta aún las que acompañan a la intervención

verbal, y como parte de las intervenciones verbales propiamente. Entre las últimas distinguimos las interpretativas y las no interpretativas. Y dentro de las primeras las transferenciales y las extra relación terapéutica o mal llamadas «extra–transferenciales»[16].

Si pensamos en las intervenciones en el marco específico de las psicoterapias psicoanalíticas, a mi modo de ver se han de tener en cuenta dos tesis fundamentales. Una, que los fenómenos transferenciales constituyen una referencia importante que es necesario tratar de captar y comprender, siempre que sea posible. Y dos, que la interpretación transferencial como herramienta prioritaria solo podrá llevarse a cabo si se dan las condiciones que ofrece el método psicoanalítico específico, en el sentido que ya señalé en el capítulo sobre definición de PBP, al diferenciar ésta de otras modalidades de psicoterapia psicoanalítica. Por lo tanto, ya anticipo mi idea de que la interpretación transferencial es de uso menor en las psicoterapias psicoanalíticas, y particularmente en la breve, donde ocurre de manera ocasional, concediendo prioridad a otras intervenciones e interpretaciones. Ello no opta, sino al contrario, para que si tenemos en cuenta la comprensión de la transferencia más adecuada podamos hacer una interpretación no transferencial.

2. «Intervenciones» no verbales

Incluye las actitudes y conductas que el terapeuta adopta frente al paciente antes, durante o después de sus manifestaciones verbales. Algunas son intencionadas, otras son inconscientes y responden a reacciones contratransferenciales no suficientemente contenidas. Actitudes intencionadas: dar o no dar la mano al inicio de cada sesión, mostrar expresiones de cara o con algún movimiento de manos, como expresión de aprobación o duda o perplejidad. Las otras constituyen *acting–out* del terapeuta, o en la terminología actual, *enactments*, es decir, actuaciones inconscientes del terapeuta que cortocircuita la comprensión de la experiencia vivida con el paciente, y en cierto sentido se le oponen, a la vez que expresan algo de ella.

La conducta del terapeuta es la primera forma de intervención que el paciente captará de manera prioritaria, sobre todo teniendo en cuenta que nos estamos refiriendo a un encuadre de psicoterapia, es decir, con la posición cara a cara entre ambos. Todo lo que el terapeuta diga vendrá determinado por la coherencia o no respecto de la conducta que muestra ante el paciente y el método terapéutico propuesto. Se supone pues que el terapeuta adopta una actitud correcta y respetuosa frente a su paciente. Pero también es necesario que mantenga el mismo respeto ante el método que se ha considerado adecuado para este paciente. De otra forma, difícilmente podrá interpretarle las actuaciones contra el mismo, y si no lo hace, perderá credibilidad su método. Por ejemplo, el terapeuta que interpreta los retrasos del paciente como resistencia cuando él también ha llegado tarde y lo ha pasado por alto. O que no los interpreta pero muestra una actitud de impaciencia, interviniendo pronto para recabar el motivo del retraso, indicando su dificultad para esperar, lo que dificultará luego interpretar dicho retraso como una actuación.

También cabe tener en cuenta la *conducta del terapeuta* que acompaña a sus manifestaciones verbales, incluidas las transferenciales. Si el tono, frecuencia, componente emocional con que se habla al paciente no acompaña al contenido, dicha disociación irá en perjuicio del contenido de la interpretación que quedará invalidada.

El silencio también es un tipo de intervención no verbal en varios sentidos. En primer lugar, permite escuchar al paciente, lo cual no siempre es fácil. Por ejemplo, cuando éste habla de manera confusa, u omitiendo datos importantes. Contener esas incertidumbres, hasta que el paciente avance en su discurso, es una de las primeras intervenciones

implícitas que el terapeuta manifiesta al paciente. Obviamente, si la confusión y las omisiones no se corrigen en las verbalizaciones posteriores, en psicoterapia será necesario pedir aclaraciones que consideremos importantes para comprenderlo. El silencio ante las preguntas directas del paciente, es una respuesta adecuada si lo que aquel pretende es evitar pensar sobre algo que ha planteado. A veces, una mera sonrisa, como expresión de que se ha escuchado la pregunta pero que quizá no es necesaria la intervención verbal del terapeuta, suele ser suficiente, cuando el paciente ya comprendía por sí solo lo que planteaba o la decisión que proponía, pero quería ahorrarse la responsabilidad de la misma, esperando la confirmación del terapeuta. Obviamente, en psicoterapia psicoanalítica, y menos en la breve, la actitud receptiva y de escucha, no debe llevar a abusar de los silencios en momentos en que el paciente requiere alguna aclaración, o aún en otros en los que se siente incapaz de contener ese momento de la sesión y está muy bloqueado.

3. Intervenciones verbales

3. 1. Intervenciones no interpretativas

Constituyen elementos de la técnica psicoterapéutica, complementarias de la tarea terapéutica realizada mediante las interpretaciones. En todo caso, dichas intervenciones deberían servir para preparar el terreno a las interpretaciones, creando un clima adecuado para la tarea que están realizando conjuntamente paciente y terapeuta. Aunque en sí mismas ya suponen formas de comunicación que vienen a apoyar la construcción del vínculo entre terapeuta y paciente. Cito algunas de las que considero más frecuentes en mi práctica clínica.

a) La sugestión

Tratar de imponer ciertas ideas o conductas al paciente por parte del terapeuta, utilizando la transferencia positiva de base en función de la autoridad del terapeuta, es algo que no es consecuente con una psicoterapia psicoanalítica. No obstante, la sugestión puede trasmitirse al paciente de formas indirectas, aún sin ser consciente de ello. Una intervención del terapeuta que señala que tal conducta del paciente podría responder a ciertos conflictos internos, puede ser percibida por este último como una conducta que ha de evitar porque así lo considera el terapeuta con su autoridad profesional, no porque haya tomado conciencia de que sea algo beneficioso para él ni de las razones que subyacen. Es pues importante que el terapeuta esté alerta para interpretar entonces esa actitud de sumisión del paciente, a fin de evitar pensar sobre el conflicto interno.

En psicoterapia, en ocasiones, sucede que el paciente plantea una situación problemática y necesita que el terapeuta proponga varias opciones posibles de acción, dado que en ese momento ha proyectado sus capacidades de pensar en este. Es una forma de ayudar a pensar al paciente, pero ofreciéndole vías de salida. Creo importante que se pueda verbalizar esta dinámica. Es decir, que al tiempo que se le ofrecen alternativas de acción, entienda que en ese momento el paciente ha depositado en el terapeuta la responsabilidad de pensar en opciones posibles para evitarse el trabajo emocional correspondiente, de forma que más adelante pueda comprenderlo, asumirlo y responsabilizarse por sí mismo, sin esperar que el terapeuta de nuevo lo haga por él.

b) Facilitar la expresión de contenidos emocionales

Lo que se ha llamado la abreacción o catarsis. La intervención del terapeuta consiste en ayudar al paciente, cuando tiene dificultades para ello, a que se anime a expresar vivencias y sentimientos que le resultan penosos. En algunos pacientes, la necesidad de compartir tales emociones les lleva a manifestarlas con suma facilidad. Existe el riesgo de que las sesiones se conviertan en una «evacuación»; es decir, a que descargue el contenido emocional, pero sin el trabajo psíquico mínimo para comprender qué lo fundamenta. Ahí, es importante también la actitud del terapeuta en el sentido de poder intervenir de tanto en tanto, mientras el paciente hace tales manifestaciones para limitar un poco la tendencia evacuatoria. Por ejemplo, introduciendo señalamientos que además de ser informativos de algo, o pedidos de aclaración que requiere de cierta reflexión del paciente, tienen la finalidad de poner algún coto a esa tendencia evacuatoria.

c) Señalar o puntualizar aspectos del discurso del paciente para subrayar su importancia

Vendría a corresponder a lo que se ha denominado confrontación. Pero creo que el término resulta demasiado contundente y limitativo. A veces, puede tratarse, en efecto, de confrontar al paciente con algo que ha dicho, pero que trata de no darle demasiada importancia. Otras, señalando incoherencias de aspectos del discurso, o recogiendo expresiones o palabras de las que el terapeuta se limita a ser eco, con lo que le confiere una resonancia significativa para el paciente.

d) Clarificación

Todas aquellas intervenciones verbales del terapeuta que tienden a poner luz en el discurso del paciente, atendiendo al contenido manifiesto tan solo. Ello se puede realizar de diversas maneras: mediante síntesis de lo que ha venido diciendo hasta ahora, pero ordenado de una forma que ayude al paciente a una comprensión intelectual más adecuada; elucidación del discurso, mediante explicaciones que le sirvan para una mejor comprensión. Asimismo, la verbalización de componentes emocionales que puedan estar presentes en el discurso pero que el paciente no los explicita.

En el caso de la PBP, además, la participación del terapeuta supone que éste mantenga una actitud algo más activa que en psicoterapia de larga duración, así como asumir responsabilidades en determinados momentos del proceso terapéutico, como es el recordar algunos elementos del encuadre, sea el foco terapéutico o el plazo de tiempo acordado.

3.2. Intervenciones interpretativas

Podemos considerar tres ámbitos del trabajo interpretativo: relaciones externas, mundo interno y transferencia. Es obvio que la interpretación debe estar presente en toda modalidad de psicoterapia derivada de la técnica psicoanalítica, por cuanto constituye uno de los elementos específicos de estas psicoterapias. Pero conviene hacer las precisiones siguientes. En primer lugar, qué entendemos por el término interpretar. Lo utilizo aplicado a la actividad verbal que realizo como terapeuta en un encuadre adecuado, tratando de explicar o describir aquello que no es manifiesto para el paciente y que, sin embargo, muestra una coherencia en la vida mental del mismo. Eso puede ser aplicable a diferentes situaciones vitales a través del material que el paciente aporta: su vida pasada remota (la infancia especialmente), su situación actual y el pasado reciente, su situación interna inmediata y por último lo que alude a la relación con el terapeuta.

3.2.1. Interpretaciones no transferenciales

Al menos es posible considerar las siguientes modalidades de interpretación no transferencial:

a) Interpretaciones sobre el pasado remoto del paciente.

No debería constituir una preocupación excesiva del terapeuta, y tan solo cabría emplearla cuando aparece muy claramente en el material expuesto y sirva además para ilustrar la comprensión de conflictos relacionales actuales. Es fácil que este tipo de interpretaciones se conviertan en meras intelectualizaciones, o falsos *insight* si no se les conecta a situaciones más próximas. Entre estas cabe mencionar las situaciones externas actuales y puntualmente, cuando corresponda, la transferencia con el terapeuta, teniendo en cuenta, claro está, las precauciones ya comentadas. El otro riesgo de las interpretaciones referidas al pasado biográfico es el de cifrar el origen de los males del paciente a la mala o inadecuada conducta de los objetos externos de entonces.

b) Interpretaciones referidas a las relaciones de la vida presente o del pasado reciente del paciente

Considero que éste debería ser el material prioritario (no exclusivo) a trabajar en psicoterapia breve y, por tanto, las interpretaciones a ellas referidas deberían constituir las intervenciones más habituales. Y ello principalmente cuando se halle conectado al foco terapéutico escogido.

c) Interpretaciones relativas a conflictos internos del paciente

También puede ocupar un lugar destacado en PB, siempre que tales conflictos no se refieran a niveles muy primitivos del individuo.

Considero que las interpretaciones referidas al ámbito de vida actual han sido las que he dado prioridad, seguidas por las que hacen referencia al conflicto interno actual, aunque evitando la referencia a niveles muy primitivos. He intentado vincular ambas interpretaciones a los problemas conectados tanto con los de su realidad externa actual, como con los surgidos en la relación terapéutica. Cuando ha sido posible, también he tratado de relacionar esta última con la situación del pasado.

3.2.2. La interpretación transferencial

a) Transferencia

Como es sabido, la transferencia es una experiencia emocional universal, que está presente en toda relación como un componente de la misma y que consiste en la externalización en las relaciones actuales de las relaciones de objetos internas. Pero que es en la relación psicoterapéutica en el marco preciso del método utilizado donde puede evidenciarse más claramente, ser objeto de comprensión y, cuando corresponda, de interpretación

b) Las posibilidades de interpretación

En cualquier psicoterapia psicoanalítica, dependen de tres factores: el paciente, el terapeuta y el encuadre: i) el paciente, en cuanto a su capacidad de tolerancia para la ansiedad suscitada por la interpretación transferencial. Aunque se supone que cuando ésta es adecuada ha de producir alivio, ello no siempre ocurre de manera inmediata hasta que no se ha conseguido un cierto grado de confianza. Interpretar la transferencia supone intensificar el vínculo emocional entre paciente y terapeuta y, por tanto, profundizar tanto en los aspectos positivos del mismo como en los conflictivos; de ahí, entre otros motivos, la ansiedad derivada de la interpretación transferencial; ii) en cuanto al terapeuta, incluye sus conocimientos teóricos y técnicos, y su experiencia respecto a la vivencia de la relación transferencial, tanto por la práctica psicoterapéutica como por la propia experiencia personal psicoanalítica; y iii) en cuanto al encuadre, supone las condiciones del método de trabajo de la respectiva psicoterapia que facilite la visibilidad de la transferencia y la contención de las consecuencias de su interpretación.

La valoración de estos tres factores combinados paciente, terapeuta y encuadre en cada situación concreta permite decidir hasta dónde será útil y conveniente la interpretación transferencial. Según este planteamiento cabe pensar en una gama de posibilidades. En un extremo de la misma puede darse la situación siguiente: un paciente con buena capacidad de *insight* y tolerancia a la ansiedad junto con un entorno social próximo continente y un terapeuta experimentado en psicoterapia tanto larga como breve. En dicho caso, la interpretación transferencial puede ser también un elemento valioso en PBP, aunque existiendo la limitación del tiempo no debe constituir el elemento interpretativo principal. En el otro extremo encontraríamos una situación con un paciente que aunque apto para una PBP (se le supone cierta motivación, capacidad de

autopercepción y de contención emocional) pero con poca tolerancia a la ansiedad que despierta la referencia al aquí–y–ahora de la transferencia. En este caso, la interpretación de aquella debería evitarse o reducirse a las ocasiones inevitables.

c) Cabe atender a varios niveles de manifestación transferencial

i) A través de la referencia directa a la persona del terapeuta o a su función terapéutica, ii) En la mención a las cuestiones relativas al encuadre y iii) a través de todo el material que aporta el paciente en la medida que siempre subyace, de manera sobredeterminada, la fantasía inconsciente relativa a la transferencia. En psicoterapia breve parece más pertinente recoger para la interpretación el material referido en i) y ii) aunque pudiendo retener el que se expresa en iii) para una mejor comprensión transferencial, aunque no se interprete.

d) Transferencia positiva y transferencia negativa.

Evidentemente la relación transferencial es positiva y negativa siempre, como toda relación. Pero lo es, además, de una manera especial por la propia naturaleza de la transferencia, es decir, por tratarse de una relación basada en los vínculos antiguos y fundamentales, los de las primeras relaciones del desarrollo del individuo. En psicoterapia breve debe existir un clima predominante de transferencia positiva, lo cual depende de la habilidad del terapeuta para recoger las manifestaciones de la misma, así como de señalar la negativa tan sólo cuando es imprescindible para el proceso terapéutico.

e) ¿Cuánto interpretar la transferencia?

Cabe, por tanto, hacer algunas precisiones. Como ya he dicho, la interpretación transferencial no debe ocupar un lugar prioritario entre las intervenciones del terapeuta. Varias razones apoyan esta postura:

i) La referencia al aquí–y–ahora de la relación paciente–terapeuta reactiva los niveles infantiles por una lado, como es sabido, pero también estimula los niveles adultos de relación entre uno y otro, todo lo cual conlleva, obviamente, a una intensificación del vínculo entre ambos. Teniendo en cuenta el tiempo corto de duración de la PBP, ello puede dificultar y plantear serios problemas para conseguir una adecuada terminación de la psicoterapia.

ii) Por la propia naturaleza de la transferencia, que alude a experiencias pasadas, la referencia a la misma estimula la regresión, con la movilización de las correspondientes

ansiedades. Ello no es deseable en PBP, dado que la frecuencia semanal de las sesiones no permite trabajar dichos niveles regresivos, ni contenerlos, lo que conduciría a excesivo sufrimiento del paciente y una necesidad de «actuar» la regresión durante los intervalos entre los encuentros con el terapeuta. Asimismo, dicha regresión incrementaría la dificultad para la terminación.

f) ¿Cuándo interpretar la transferencia?

Como idea general, podría decirse que será necesario recurrir a la interpretación transferencial siempre que exista un bloqueo del proceso psicoterapéutico que no ha sido resuelto por otro tipo de intervenciones no transferenciales. Una situación particular y bastante general la constituye el comienzo de la psicoterapia. Al tratarse de una relación nueva, las ansiedades paranoides son inevitables. Y como consideramos la PBP desde una perspectiva psicoanalítica, no corresponde hacer uso de la transferencia positiva, es decir, actuarla (en el sentido de un *acting–out* del terapeuta), por ejemplo, erigiéndonos en buenas figuras paternas apoyados en la imagen idealizada del terapeuta, (lo cual puede ser útil en otro tipo de actos asistenciales) sino que es necesario desvelar tales temores, con todo el tacto posible.

También en la última etapa del tratamiento puede ser necesario y útil interpretar en función de la relación transferencial para ayudar al paciente a elaborar las ansiedades de separación ante la terminación. En éste momento puede ser especialmente útil, cuando no necesario, el referirse a la transferencia negativa pues ésta suele ser expresión de las dificultades en asumir las ansiedades de separación. Aunque es de esperar que el tiempo transcurrido de psicoterapia haya consolidado el vínculo entre paciente y terapeuta suficientemente, generando la confianza necesaria pata tolerar y contener ese trabajo transferencial.

A continuación expongo material clínico de dos pacientes. En uno se observarán intervenciones interpretativas más propias de la PBP, en el sentido ya apuntado. En el segundo material, además de apreciarse diferentes formas de intervención, estará más presente la transferencial. Ello fue así porque la referencia del paciente a la transferencia con el terapeuta se puso de manifiesto desde el inicio de la psicoterapia, lo que obligó no solo a comprenderla sino a tratar de manejarla adecuadamente e interpretarla.

4. Material clínico:
Caso IV. «Problemas de identidad y Edipo no resuelto»[17]

Dado que este material corresponde al seminario de trabajo al que me vengo refiriendo, al exponerlo incluyo manifestaciones no sólo de la trascripción que hizo la terapeuta, sino de los comentarios de la supervisión, añadiendo, además, a veces alguna reflexión mía posterior. Para las primeras entrevistas hago un resumen esquemático de lo que se recogió en la supervisión.

I. Etapa diagnóstica

Entrevistas diagnósticas. Primera entrevista

Motivo de consulta: dificultades en las relaciones sexuales con las chicas. Complejo de pene pequeño. Madre: fracasada por su mala relación con el padre: «él es como un fósil, un vegetal, e impotente», según le ha informado la madre. En la entrevista llora de manera desconsolada, como si fuera un niño «pequeño». Lo que nos hace pensar que se muestra ante la terapeuta como alguien que es pequeño, y no sólo de «pene», sino de sus capacidades emocionales. Dice que fue un hijo no deseado. Quisiera conocer la problemática de los padres para resolver la suya. Pero pensamos que eso le lleva a confusiones al identificarse con una madre fracasada y con un padre impotente. No ser deseado quiere decir, en la fantasía inconsciente del paciente, que los padres no tenían deseos el uno del otro para compartir una experiencia de la que resultara un bienestar común, un placer, y, tal vez como consecuencia de esa unión se derivara el producto de un hijo. Por tanto, no entiende esa «unión» entre el padre y la madre. Y responsabiliza al padre de esa acción sin sentido, al describir así el acto de su concepción: «el padre la metió allí (en la madre) sin pensarlo», dice.

Por tanto, parece que la problemática del paciente estriba en aceptar internamente unos padres unidos, de cuya unión él mismo pueda ser fruto. Pero el camino que escoge es «indagar» el porqué de esa dificultad de unión entre ellos, con lo cual se complica la vida, pues entra en inevitables alianzas con uno de los padres, la mayoría de las veces con la madre, contra el padre, y evita ocuparse de su propio crecimiento.

Así, tras la primera entrevista, una primera impresión del seminario respecto del foco de atención psicoterapéutica central fue la de que el paciente aprenda a dejar libres a los

padres, a confiar algo más en las capacidades de ellos, las que tengan, y así ocuparse de su propia vida.

Segunda entrevista

De pequeño, la madre le maltrataba incluso físicamente. Según su versión, es porque su nacimiento supuso que ella tuviera que seguir «atada» al padre, de quien, en realidad, no quería saber nada. En cambio, recuerda una buena relación con el padre. Cuando ya andaba, volvió a gatear, pero el pediatra aconsejó que no le hicieran caso, pues era para llamar la atención. Si le pegaban, era por ser un «trasto, un niño travieso». El padre le defendía de la madre. Tuvo enuresis hasta los 15 o 16 años. Espiaba a la madre en la época en que ésta tenía relaciones íntimas con un vecino. Muchos celos de su hermana pequeña. Por otra parte, dice que la madre es inocente, ingenua. Explica un sueño en el que se encuentra en la cama con una señora mayor que decía no saber hacer nada sexualmente, pero él quería intentarlo.

La relación erotizada con la madre y este sueño nos hace pensar en la supervisión en los riesgos transferenciales para el curso de la psicoterapia, dado que la terapeuta es mujer. Habrá que vigilar el grado de contaminación de la relación terapéutica con esa fantasía de que la mamá (la terapeuta) es la inocente (la señora mayor que no sabe), pero interesada (sexualmente) en él, que es el experto.

3ª entrevista

El paciente se sincera que había solicitado un terapeuta hombre, pero que una vez que lo ha dicho, ahora le da igual. Se pregunta por la problemática de los padres y no la entiende, e insiste en que querría profundizar en ello, porque necesita saber de dónde viene él.

En la supervisión, planteamos algunas de las preguntas que implícitamente parecía estar formulándose el paciente: ¿Cómo es posible que proceda de un padre fósil y de una madre que va detrás de otros hombres? ¿Cómo puede reconocerse con alguna identidad psicológica —y no sólo biológica— si considera que no ha estado previamente en la mente de los padres? No solo en la del padre por ser éste un «fósil», ni en la de la madre, por insatisfecha sexual que ha de buscar satisfacción fuera de casa.

En cuanto al foco, según se precisa en la supervisión, consistiría en tratar de higienizar la relación familiar desde el paciente, ayudándolo a distanciarse de los conflictos de los

padres, para que pueda mirar dentro de él, en su vida emocional y en las relaciones que establece.

Al proponerle una PBP de un año, el paciente replica: «¿Tan mal me ve?» La terapeuta le responde que es lo que cree que él necesita, y le pregunta que cómo de mal se ve él. A lo que él contesta que «hecho un lío con los padres».

Comentario. Parece evidente que el paciente comprende bien cuál es su problemática y la solución es salir de ese enredo que tiene con los padres en su cabeza. Aunque eso signifique abandonar una situación en cierta manera «privilegiada»: él se mete entre los padres para arreglarles sus vidas, porque ellos no pueden, estando él por encima de ellos; en esa intromisión además conseguirá hacer pareja con uno y con otro, y en definitiva triunfará sobre uno y otro.

II. Proceso psicoterapéutico

S–1

La terapeuta se retrasa 20 minutos y se disculpa pero el paciente aparenta no darle ninguna importancia: «faltaría más», dice. Y no se habla más de ello. El paciente dice que no entendió bien lo que le dijo la terapeuta en las primeras entrevistas… pero que está mejor, porque ahora la madre se muestra más atenta con él. Aunque tiene celos cuando la madre se ocupa demasiado de la perra de casa.

A continuación hace referencia directa a la relación terapéutica: Se siente un poco molesto por la mirada de la terapeuta. Y luego habla de su temor ante las chicas, a tener relaciones sexuales, a no poder llegar al final. La terapeuta interpreta el temor del paciente a no llegar hasta el final del tratamiento y dejarlo antes (Interpretación transferencial, IT en adelante). El paciente habla de su temor a que le miren cuando va solo. La terapeuta indica entonces su miedo a que se puedan ver sus cosas ocultas, que querría mantener escondidas, porque tal vez son feas (interpretación mundo interno, IMI, en adelante). Responde el paciente que es como cuando una chica va sola ante varios chicos «¿me entiende?» La terapeuta responde que no del todo, y que la psicoterapia es para intentar comprender lo que no se entiende (Aclaración). El paciente contesta, más tranquilo, que en las primeras entrevistas salió sudando

En la supervisión se advierte del riesgo de que las interpretaciones transferenciales puedan estimular la erotización de la relación con la terapeuta. Aunque en esta sesión, finalmente el paciente se ha sentido más tranquilo: en parte, por la misma interpretación

transferencial, luego porque no se ha insistido en esta línea, lo que hubiera sido a la vez motivo de satisfacción e inquietud. En cuanto el temor del paciente a estar solo, parece hacer referencia a que se le ha dejado solo, esperando durante veinte minutos y la terapeuta no ha tratado el asunto.

Comentario: Podemos ver también la adecuada intervención de la terapeuta en el uso de la interpretación transferencial, precisamente soslayando lo que pudiera llevar a su erotización. En primer lugar, porque lo hace de manera que no se refiere a la persona de la terapeuta sino al tratamiento en general, al señalar su temor a no terminarlo. Cuando el paciente insiste en su temor a que le miren, lo que puede implicar una connotación sexual, según el ejemplo que añade: 'como cuando los chicos miran a una chica', la terapeuta, en lugar de seguir por esa línea, interpreta a otro nivel: su temor a que veamos cosas feas dentro de él, aquí en el tratamiento. Es decir, ha desviado la mirada desde la relación paciente/varón–terapeuta/mujer, en la que la terapeuta pueda «mirarle» eróticamente, a mirar, tanto ella como él, dentro de su mundo interno y ver lo que quizá no le guste. Más aún, cuando el paciente insiste en darle esa connotación erotizada a lo que está hablando y le pregunta a la terapeuta: '¿no me entiende?', ella tampoco se da por aludida y le responde que el tratamiento es precisamente para entender lo que no entendemos de él.

S–2

Bloqueo de la comunicación. Silencio un poco largo. Temblor de piernas. La terapeuta trata de ayudarlo: «Es difícil empezar». Manifiesta, entonces, su preocupación de que la madre se entere de lo que dice aquí. Tras aclarar las condiciones de privacidad inherentes al tratamiento, el paciente explica que ha fumado porros, cosa que no hacía desde meses atrás, como dando a entender que se encuentra mal. Se le interpreta que, tal vez, la terapeuta sólo podría interesarse por él si se encuentra en unas condiciones que den pena y lástima y se le recoge, entonces, el retraso de la terapeuta del día anterior, como manifestación de que si él no viene muy mal, la terapeuta no se interesará suficientemente (IT). Luego habla del asunto de tomar drogas, aunque no ha tomado de las duras, como algo que la madre rechazaría. Por tanto, tal conducta puede entenderse como una manera radical de apartarse de la relación difícil y ambivalente con la madre.

Comentario. En esta sesión, la terapeuta ha sabido ayudar al paciente. En primer lugar, no dejando pasar mucho tiempo de silencio y aportando el comentario que da a

entender que comprende que se le hace difícil. Eso permite que el paciente confiese sus dudas sobre el grado de confidencialidad del tratamiento y la aclaración pertinente de la terapeuta. El hecho de que haya vuelto a «fumar», se le interpreta en relación a la transferencia, como expresión de un malestar que debe poner de manifiesto para que realmente la terapeuta lo tenga en cuenta y no adopte la actitud de desinterés que podría desprenderse de su considerable retaso del día pasado. En especial tratándose de la primera sesión.

S–3

Viene angustiado. Con dificultades, como siempre, para iniciar la sesión. Habla de una chica que le gusta. Le cuesta estar todo el tiempo de la sesión, querría marcharse antes de acabar.

S–4

Hay dificultades para hablar. Vemos en la supervisión que estas dificultades podrían significar su temor a abrirse, a desnudarse ante la terapeuta, por vergüenza. Es por ello por lo que en esta sesión ha de invertir la situación cuando le pregunta directamente a la terapeuta qué piensa de la envidia de las mujeres, o si esas cosas, que él observa en algunas chicas, también le ocurren a ella como mujer. La terapeuta le interpreta su temor a ser criticado, en el sentido de desvalorizado, y por tanto, la desconfianza por sus comentarios (de ella) que podría sentir como críticos (IT). A lo que responde que «cuando vayamos conociéndonos será más fácil». Habla luego de la madre, de sus relaciones íntimas con el vecino, y de que algunos vecinos la llaman puta.

Supervisión. Se comenta que se aprecia en el paciente una cierta prisa en ser adulto, al tiempo que un temor. Hay un intento de querer colocarse al nivel de la terapeuta. En esta sesión existe también una ambivalencia respecto de las mujeres, incluida la terapeuta: ¿Todas las mujeres, incluida la terapeuta, serán putas? Si fuera así, por una parte, indica algo de lo que desconfiar, como de la madre, pero, por otra, le haría más fácil la relación con la mujer (incluida la terapeuta), habida cuenta de sus muchas dificultades para con ella.

S–5

Manifiesta sus intensos celos (que le ciegan), sobre todo con la madre, y también con los amigos. Apunta indirectamente el interés relativo de la terapeuta por él, ya que «cada

día, ella debe oír muchas cosas así, como las que él le dice». Y luego habla de que el amor de la madre es único, pero no lo acaba de tener del todo como desearía, pues ella ha tenido siempre otras relaciones: «el vecino, durante un tiempo, la hermana, incluso la perra, ahora…». Curiosamente, no cita al padre.

Comentario: es decir, que sigue manifestando su problema de que para sentirse atendido en la relación con la terapeuta, como con la madre, debería ser una relación exclusiva en la que quede descartado en primer lugar la auténtica pareja, el padre.

S–7

Primera sesión después de vacaciones de Navidad, que ha sido más larga (dos semanas) de lo previsto. Una semana más por un malentendido del paciente. Dificultad de iniciar la sesión. La terapeuta le ayuda: «al pasar dos semanas, se hace más difícil» (IT). A raíz de un problema en el trabajo donde no ha sabido mantener con firmeza un derecho suyo, lo relaciona con su falta de fuerza para enfrentarse al padre. Llora con desesperación, al tiempo que reconoce que esto no podría hacerlo con la madre.

Supervisión. En psicoterapia, es un progreso cuando el paciente puede diferenciar la figura del terapeuta de los objetos internos que le proyecta. En este sentido aquí se insinúa algo de ese progreso al diferenciar la figura de la terapeuta de la madre. Al mismo tiempo, la figura de la terapeuta ausente durante las vacaciones, ha sido sentida también como la falta de una figura firme, una figura masculina diferente de la del padre «fósil y vegetal».

S–8

Explica con cierta frialdad el ascenso que le acaban de otorgar en el trabajo. Vemos que con ello reaparece la idea implícita de que ha de crecer rápido. Le cuesta reconocer lo infantil, el niño en él, porque eso supondría quedarse así, pequeño para toda la vida, por lo lento que es el crecimiento desde su perspectiva. Así que ha de enfriar el sentimiento de alegría por esa noticia y no manifestarlo abiertamente en la sesión, aparentando no darle importancia. Eso sería infantil. Cree, por el contrario, que hacerse mayor es lanzarse sexualmente con una chica, aunque reconoce que no se siente preparado, por lo que se desespera. Al no poder crecer, proyecta en los demás esa incapacidad, sobre todo en los padres. De manera que si se reconoce en sus aspectos infantiles no podrá recibir la ayuda de los padres a los que ha desvalorizado, y tampoco de la terapeuta, cuando la confunde con ellos.

S–9

Sigue preocupado por sus dificultades en las relaciones sexuales con las chicas. «Porque es un salto muy grande». Además, cabe pensar que ello supondría un triunfo sobre el padre («fósil»), pues la madre le dijo —lo que expresa llorando— que el padre nunca la tocaba, mientras que él (el paciente) se asustó cuando a los 16 años lo intentó con una chica.

Supervisión: En conclusión, diríamos, es difícil dejar de ser pequeño, porque para ser mayor habría que ser más que papá, superarlo.

S–10

Silencio al inicio. Le ayuda la terapeuta, esta vez interpretando, que «enfría sus sentimientos» porque los considera «chiquilladas» (IMI). Reitera sus dificultades para salir con las chicas, por no saber cómo hacer para «ser un hombre». La terapeuta le interpreta que él está convencido que hacerse mayor consiste en pasar por alto las «chiquilladas», cuando es justamente al revés, que si no las reconoce no puede crecer (IMI). El paciente se defiende aludiendo al ambiente inadecuado de casa: «siempre con peleas, sin cariño», pero a continuación rectifica y dice que no es del todo cierto, porque ahora sí que está encontrando más cariño.

Supervisión. En esta sesión se aprecia otro indicio del progreso de la psicoterapia: transferir a las relaciones extra–terapéuticas los aspectos de buena experiencia vividos aquí. De la misma manera que es también otro indicio muy importante de progreso, cuando se produce el movimiento inverso, es decir, cuando el paciente puede «transferir» a la relación terapéutica las vivencias negativas claramente perceptibles para el paciente en las relaciones de afuera, disminuyendo así la disociación entre la idealización de aquí y la desvalorización de lo de fuera. Pero en esta sesión, lo que se observa es lo primero, el paciente puede «transferir» a las relaciones de casa el afecto, interés y «cariño» experimentado en la relación terapéutica, donde es aceptado lo infantil de su personalidad («las chiquilladas») sin ser motivo de burla, y por lo tanto sin necesidad de aparentar ser mayor, erotizando la relación.

S–11

Muchos silencios en esta sesión.

Supervisión. Existe un miedo a que vean que no tiene experiencia como adulto. Él cree que la guerra que ha de librar es la de «ser papá», ponerse en el lugar de papá, o en

el mejor de los casos «ser como papá», pero enseguida, rápidamente, sin andar los pasos previos requeridos para ir haciéndose mayor. Esa parece ser una de las razones por las que hay tantas dificultades para hablar en la sesión, por temor a ser inadecuado, mostrándose como un niño. Cuando el paciente dice que se siente un «inocentón» parece ocultar lo contrario: bajo la imagen del niño inocente, ingenuo, traumatizado por el ambiente familiar, está el niño vestido de mayor, más atrevido, que teme podría llegar a erotizar la relación terapéutica. Por ello también la inhibición en las sesiones.

S–12

Acude a pesar de estar enfermo (resfriado), de la misma manera que no ha faltado al trabajo. Aprecia el ambiente confortable del despacho, («se está calentito»). Tras un largo silencio, habla de que ha salido con una chica mayor y, después, de la rabia y el odio contra el padre; pues lo concibió a él sin que la madre lo quisiera, porque sólo piensa en él, y que eso no se lo puede perdonar.

Supervisión. Aquí se aprecian de nuevo sus dificultades para hacerse mayor, porque antes ha de reconocerse niño. Si bien al principio de la sesión acepta el hecho de sentirse acogido, teme entrar en una situación regresiva o de instalarse en la posición infantil, por lo que enseguida ha de dar el salto, hablando de sus salidas con chicas mayores, pero más aún colocándose por encima del padre, desvalorizándolo por egoísta, y desvalorizando también el coito que lo engendró, pues la madre tampoco lo quería. Pero el resultado de ese coito parental tan atacado es él, un chico tan especial, raro, casi un monstruito.

S–13

Silencio largo al comienzo, que rompe finalmente, hablando de la chica que ha conocido. Se considera un chico formal. Y si, a veces, se ha descontrolado ha sido por la agresión de los demás. Llora en la sesión al hablar de todo eso.

Supervisión. Hay que observar la formalidad del paciente en la sesión, ¿qué oculta con ello? El silencio inicial, en esta sesión, parece ser una forma de controlar la agresividad, a la vez que es una expresión de la misma, contra la terapeuta, contra el tratamiento que no le ayuda como esperaría. Al mismo tiempo los silencios largos ante la terapeuta mujer es una forma de erotización, por lo que no parece adecuado esperar tanto, sino intervenir, procurando interpretar, o ayudarle a superar la situación como en otras sesiones.

S–14

Silencio largo. La terapeuta interviene, señalando que parece que espera que sea ella la que hable. En la primera parte de la sesión, el paciente se muestra excitado explicando la relación con la chica mayor y su temor a ser «un pardillo». En la segunda parte: «todo le viene por los problemas entre los padres» (con llanto). El cambio de tono se produce tras intervención de la terapeuta que le señala que quizá le cuesta verse en alguna relación de la que recibe atención e interés (Interpretación Mundo Externo, IME).

Supervisión. Experimenta la relación con la chica como si fuera un cuento. Pero también en la relación terapéutica está viviendo un cuento, como un niño que no se acaba de creer que pueda estar a solas en la intimidad con «mamá» (chica, terapeuta»). Ello lo aleja de la realidad de una relación terapéutica, en la que si él se reconoce paciente deberá aprender del tratamiento a conocer mejor sus diferentes aspectos, entre ellos los infantiles.

S–16

En la S–15 hubo silencios largos. Hoy viene deprimido y con rabia. Ha fracasado en su intento sexual con la chica. Pero no ha podido esperar a la sesión y se lo ha contado a la madre.

Supervisión. Vuelve a experimentar confusión entre estas figuras femeninas, por las dificultades que comporta mantenerlas diferenciadas. Así, no confundir a la madre con la terapeuta requiere esperar hasta el día de la sesión para hablar aquí de todo eso. Y confunde las respectivas funciones que corresponderían a cada una de las relaciones femeninas: con la chica, la heterosexual; con la madre, la filial; y con la terapeuta, la de ayuda.

S–18

Llega cinco minutos tarde. Centra la sesión en sus intentos de relaciones sexuales con otra chica que ha conocido, lo que ha exhibido en el trabajo, como en la sesión, para mostrar su hombría.

S–19

Cinco minutos tarde y luego, 15 en silencio. La terapeuta le dice que espera sea ella quien hable. Dice estar cansado de todo el esfuerzo hecho durante la semana, saliendo con la chica. No tenía ganas de venir.

Supervisión. Es cierto que el paciente ha realizado un esfuerzo, al haber esperado toda la semana, sin descargar su malestar en la madre. Pero eso no es suficiente para hacer la sesión. Tal vez, el paciente tiene la idea de que en una relación entre dos, siempre hay uno que es quien ha de hacerlo todo. Fuera, es él quien hace todo el esfuerzo con la chica, según dice: es quien aporta el dinero, quien la llama, quien se preocupa por cómo pueden ir las relaciones etc. Aquí en la sesión, el trabajo correspondería a la terapeuta. Le cuesta entender que la relación sea fruto de las dos personas. (Recordemos que él es fruto de un capricho egoísta del padre, sin el consentimiento de la madre, y no resultado del deseo y esfuerzo conjunto de dos personas). Le cuesta aceptar a la pareja paterna interna unida. Parece necesario ayudarle en los silencios, evitando que sean tan largos.

S–20

Silencio de 15 minutos. Fuera, con las chicas, en cambio, es él quien rompe los silencios, dice.

Supervisión. En esta sesión se aprecian, de nuevo, las confusiones del paciente con las figuras femeninas. No discrimina los distintos niveles de relación. Así, a la chica la trata como la amiga (neutra). En la sesión, él es el niño (y la terapeuta, la adulta), fuera, él es el adulto y la otra (la chica, o la madre a veces) la niña. En la sesión, él es el pasivo, femenino, y la terapeuta la activa, la masculina; fuera, él ha de manifestarse como el activo. Disocia estas polaridades niño/adulto, masculino/femenino, excluyendo una de las dos y proyectándola en el otro.

S–21

Al comienzo de la sesión persisten los silencios largos. Se valora de nuevo en la **supervisión** el sentido de los silencios como una manera de erotizar el clima (dos adultos, hombre y mujer, a solas, no hablan, se miran…), y también como una postura infantil regresiva, por la que delega todo en la terapeuta. También se aprecia el temor del paciente a cansar a la terapeuta por no hacer bien las sesiones: si no habla, no colabora: mejor no venir, dice en esta sesión.

S–22

No pudo venir la semana anterior por accidente en trabajo. Han pasado 15 días. Vuelve con mucha necesidad de las sesiones y de la terapeuta, incluso de proximidad

física (le toca la mano para indicarle a ésta dónde se ha lesionado). Pero a continuación experimenta una sensación claustrofóbica, sensación de calor y agobio, para concluir que tal vez no es necesario seguir viniendo… «pues ya está mejor». De esta manera, vemos en la **supervisión**, pone a prueba a la terapeuta, para ver si sigue estando interesada en él… «En realidad, sólo el amor de la madre hace que únicamente ésta sea quien se haya interesado por él», dice. Finalmente, se siente aceptado en la sesión, sin necesidad de entrar en colusiones seductoras, y retoma el interés en el tratamiento.

Comentario: cabe pensar que el accidente esté relacionado con este momento del proceso psicoterapéutico. En la sesión anterior, ante las dificultades que se le planteaban para colaborar en las sesiones, dice que mejor no venir, y en efecto, a la semana siguiente no viene. Por tanto, el accidente laboral, que además se originó en parte por cierta responsabilidad del paciente en el manejo de las herramientas, podría entenderse como un *acting–out*. Es decir, algo contra el tratamiento, a la vez que contra él mismo. De ahí que luego apunta una huida hacia la salud, pero también es una prueba a la terapeuta, para ver si seguirá siendo digno de merecer su atención. Aunque una vez que constata la persistencia de la atención de la terapeuta no le es difícil recuperar su interés por el tratamiento. La S–21 y la S–22, son un ejemplo de *acting–out* en el proceso terapéutico, que en PBP no parece indicado interpretar directamente, aunque sí comprender.

S–24 a S–29

Plantea problemas en la relación con la madre. Se «lía» con ella y luego se queja de que ella se entromete en su vida. De nuevo aparece la confusión de las figuras femeninas: novia, terapeuta y madre. Ha tenido relaciones sexuales con la novia, lo que vive como «haberse quitado un peso de encima… porque ahora se siente un hombre». Pero entonces aparecen los problemas en la relación triangular, ahora referidos al padre, al temor a la violencia de éste; en realidad, una proyección de la suya propia.

S–30

(Julio, antes de las vacaciones de verano). La sesión anterior no vino. Se le interpreta su actitud de aparente desinterés ante la posibilidad de que la novia le deje (IME) («siempre habrá otra», dice) como una defensa ante el sentimiento de pérdida, y se le relaciona también con la interrupción terapéutica de las vacaciones (IT). Luego se

muestra comprensivo con el padre, a quien ve cansado por lo mucho que trabaja, lo que le comenta a la madre.

S–31

Persiste actitud defensiva ante las vacaciones del tratamiento. Niega, o no registra sentimiento alguno al respecto porque: a) ha desplazado en la novia la necesidad de hablar con la madre, que suplió a la terapeuta en las vacaciones anteriores (de Navidad); y b) ha delegado en la terapeuta el compromiso de volver : «usted dijo que (el tratamiento) duraría un año», comenta tranquilizándose, así que la vuelta estará asegurada y, por tanto, no registra la ausencia de sesiones durante el intervalo, con la correspondiente incertidumbre de la vuelta. En esta sesión reconoce también el apoyo de una figura paterna en el trabajo. En este momento se aprecia que el paciente ha conseguido un ambiente familiar «más higiénico», uno de los objetivos del tratamiento. Ello se manifiesta en que «está menos liado» con la madre, y en que existe una mayor valoración de la figura masculina paterna.

S–33

(Vuelta de vacaciones). Ha estado quince días de vacaciones con la novia y no ha ido bien. Se ha sentido exigido por ella, y él no le ha podido poner límites. Todo ello le muestra que para establecer una relación de pareja no basta con conseguir unas relaciones sexuales completas.

S–34 a S–37

Sigue preocupado por la novia. Temor a perderla. Dice estar enamorado, la quiere, es muy guapa, sobre todo desde que otros se interesan también por ella. Pero la ve poco madura, «quizá es porque yo he cambiado. Ella es de baile, de discotecas, de que le compren regalos». La chica se aparta de él porque él no responde a todas sus exigencias y caprichos (sobre todo económicas, de hacerle regalos). Finalmente, ella le deja. El paciente se siente afectado, deprimido y reconoce que hasta ahora no había querido poner límites a las excesivas demandas de la chica por temor a perderla, y que se confirma que sólo estaba con él por el interés material.

III. Inicio de la elaboración de la terminación

S–38

Aquí es el paciente quien rompe el silencio inicial habitual, lo que él mismo hace notar, como teniendo conciencia de que algo ha cambiado en él. Sigue hablando de la pérdida de la chica, que le ha cogido por sorpresa. La terapeuta toma este material para señalar el riesgo de que le coja por sorpresa la terminación de la relación terapéutica, dentro de dos meses (IT). El paciente hace recapitulación de lo conseguido. Reconoce que vino liado, cosa que no le sucede ahora. Aunque, en cambio, aparecen nuevos problemas. Finalmente se preocupa por la terapeuta, por todo lo que le habrá cargado.

Comentario: el paciente responde bien a la interpretación del final del tratamiento. Primero hace recapitulación, reconociendo que se le ha ayudado y en qué específicamente. Luego, ese reconocimiento lo hace más explícito al preocuparse por lo que debe haber cargado a la terapeuta.

S–39

Puede reconocer el sentimiento de odio por la chica, cosa que es nueva en él, pues un chico «tan bueno, tan formal» según la imagen que daba al inicio, no podía albergar tales sentimientos.

S–40 y S–41

Tono depresivo, con mezcla de enfado por el abandono de la chica. Se le relaciona con el final del tratamiento. Reconoce que será difícil estar solo, pero acepta que es lo acordado.

Supervisión. Se señala el riesgo de que la ruptura con la novia encubra la despedida del tratamiento, y que el odio y enfado hacia la terapeuta por «dejarlo» quede desplazado en aquella.

S–43

Persiste tono depresivo. Se le relaciona con final de la psicoterapia.

Supervisión. Se aprecia tendencia a estimular compasión en la terapeuta. Tendencia a buscar sustituta (de la novia y de la terapeuta) en alguna chica. Hay la idea equivocada en el paciente de que acabar bien el tratamiento debería suponer terminar habiendo conseguido ya una pareja.

S–44

Aunque algo deprimido, actitud menos regresiva. Reconoce que la relación con la chica fue «de cuento», es decir, falsa. Aunque admite estar mejor, habla de las drogas

que toman otros, como un riesgo en el que podría caer, al estar solo.

Supervisión. Parece que sería una manera de crear inquietud en la terapeuta, proyectar en ella el desasosiego que le genera acabar la psicoterapia y seguir solo en su vida. Al mismo tiempo, es una manera de presionar a la terapeuta para que alargue el tratamiento, o verificar el grado de confianza que ella tiene en él.

S–45 (Última sesión)

Al principio, el paciente tiene una actitud defensiva. Proyecta en la terapeuta las emociones por la despedida («ella se habrá despedido de mucha gente»). Luego habla de su enfado con la exnovia, por lo falsa que era. La terapeuta le señala que él contribuyó a falsear las cosas porque necesitaba creerse un cuento (IME). La terapeuta intenta, luego, poner en relación sus sentimientos ante la separación de la chica con la terminación del tratamiento (IT). El paciente se defiende, argumentando que él ya sabía que duraba un año. La terapeuta le señala (de acuerdo con el material que asocia el paciente y que hace referencia a que la chica ahora va con otros) que ella también tendrá otros pacientes, y ha habido otros pacientes, como se ha comentado en alguna otra ocasión, pero al mismo tiempo, ella ha podido seguir escuchándole a él (IT). El paciente se emociona y dice que es cierto, y sobre todo «que ella no se ha reído de él». (Llora). Dice que no quiere apariencias, como tanto le gustaban a la chica, que lo que ahora le interesa es ahorrar para poder comprase un piso propio».

Comentario: el paciente puede reconocer, al final del tratamiento, que necesita tener su propio espacio físico (el piso), pero también mental, y hacerse cargo del mismo. Situación muy diferente de cuando vino liado con la relación de los padres, donde no existía una discriminación de funciones y espacios, por lo que no podía ocuparse de sí mismo. Y de ahí que según su idea, para progresar en su vida antes tenía que investigar en la problemática de los padres, qué le ocurría a ellos, con lo cual acababa más liado todavía.

5. Material clínico:
Caso V. Fobia y agresividad disociada: «El hombre de los petardos»

I. Etapa diagnóstica

La esposa de un hombre de edad mediana acude al centro a solicitar ayuda para su marido porque «vive una angustia muy fuerte ante el ruido de los petardos, lo que le sucede desde pequeño, aunque últimamente se ha acentuado. También le angustian las tormentas y no puede soportar los gritos. No saben si es una cuestión de psiquiatra o de neurólogo».

En la *primera entrevista diagnóstica* (realizada por un profesional diferente del terapeuta), el paciente llega quince minutos tarde. Estas son algunas de las manifestaciones del mismo: «Si he de ser sincero, confío muy poco en la ayuda que puedan darme. Desde antes de tener uso de razón me impresionan los petardos… Perdone que sea sincero pero no me encuentro en predisposición para hablar… Yo creo que no hemos roto el hielo, entre usted y yo. Tengo la sensación de que usted está un poco distante… Me avergüenza que me pase esto de los petardos… Bueno, no es que quiera hacer de psiquiatra, pero yo creo que todo me viene de mi infancia… También me parece que hay mucha parte de culpa mía… Tengo inseguridad dentro de mí… Y es que cualquier cosa desgraciada que ocurre en mi vida, la primera reflexión que me hago es: eso es culpa mía».

Algunas otras manifestaciones del paciente extractadas de la misma entrevista: «Antes de casarme, tenía por buena mi infancia, pero después he reflexionado, sobre todo desde que tuve a mis hijos, y creo que viví una infancia represiva. No es que mis padres fueran ogros, pero sí severos. Mi padre me atemorizaba con los petardos, obligándome a no escapar para que aprendiera a perder el miedo… Infringir cualquier ley me crea mucha desazón. Respondo mal a cualquier agresión… Bueno no se si usted me ha dado su nombre todavía… Cuando la he visto, no he pensado que usted fuera psiquiatra, más bien pensaba que sería administrativa…» (Como el profesional no responde a este comentario sino que sigue interesada en llevar adelante la entrevista, el paciente continúa:) «Es que no se qué efecto producen mis palabras, es como hablar por teléfono, yo prefiero el contacto personal…»

Sigue el paciente: «Bueno, no sé… quizás mejor responderé a las preguntas que usted me haga… Las líneas básicas del problema ya se las he expuesto. No se si soy culpable

porque no pongo todo el esfuerzo que podría para superar el problema, pero para conseguirlo necesitaría que con el psiquiatra a quien se lo cuento, pues que podamos tener… ¿cómo diría?…un trato más cordial».

Comentarios a la primera entrevista[18]. En una primera valoración del paciente aparecía una imagen predominantemente narcisista con gran dificultad para aceptar ayuda, con mucha necesidad de controlar la relación con el profesional y un fuerte resentimiento y culpabilidad. Todo ello no parecía, de entrada, susceptible del planteamiento de una psicoterapia breve.

Aún más, el hecho de que la primera demanda la haga la esposa en lugar del propio paciente es un dato desfavorable, de entrada, para considerar la indicación de cualquier tipo de psicoterapia. Pues ello supone que el paciente no reconoce suficientemente el motivo de ayuda, y/o no tiene la suficiente capacidad y fortaleza yoica para enfrentar la angustia concomitante a la situación nueva de pedir ayuda y enfrentar sus problemas. La relación con la esposa debe ser, según se desprende de este hecho, de gran dependencia al delegar en ella la asunción de tales ansiedades y, al parecer, con la consiguiente alianza de ésta. Pero además, el mensaje que transmite la esposa no es el de tener conciencia de conflicto psicológico, sino que deja abierta la duda de si tal vez no es psiquiátrico (aquí querría decir abordable por la vía de la comprensión psicológica) sino que pudiera ser neurológico, es decir, físico, orgánico, no accesible por aquella vía.

Ya, en la primera entrevista el paciente llega tarde, lo que añadiría otro dato que estaría, parece, a favor de la resistencia y por tanto en contra de la indicación de la psicoterapia. ¿No tiene interés? o ¿Tiene demasiada ansiedad? Pero si revisamos la entrevista con detenimiento vemos también lo siguiente. Enseguida hace referencia clara y directa a la transferencia mostrando los aspectos negativos: expresa su desconfianza por la ayuda que se le pueda proporcionar. Pero por otra parte, ello ha supuesto un evidente esfuerzo de sinceridad, que una vez dicho le permite hablar de su problema, mostrando entonces una cierta capacidad de autopercepción e *insight* cuando dice que el problema arranca «desde antes de tener uso de razón». Esta afirmación indicaría no tan solo la antigüedad de sus dificultades (dato que puede contribuir a la contraindicación de la PBP) sino al mismo tiempo que es un problema anterior a la razón, es decir que es inconsciente.

A continuación, el paciente se disculpa a la entrevistadora por lo que puede considerarse como exceso de sinceridad, para decirle luego que la ve distante y que

«aunque no quiere hacer de psiquiatra» al mismo tiempo no puede evitarlo. Es decir, realiza un ataque a la profesional al desplazarla de su función y tomándola él. Pero enseguida expresa la culpa e inseguridad por tal actuación. Por lo tanto, el ataque no estaría en la línea de la organización narcisista, que experimenta el triunfo, sino algo más defensivo y que le ocasiona culpabilidad.

Tal vez ahora podemos entender de otra forma el hecho de que fuera la esposa la que solicitara ayuda para el paciente. De esta manera se amortiguaba el impacto del encuentro transferencial que el paciente temía. La esposa ha podido ponernos en antecedentes de quién es el paciente: alguien que teme los petardos, las tormentas, los gritos, es decir, las agresiones que pueden venir de fuera. Pero pensamos si no pueden proceder también de dentro de él. Con la advertencia de la esposa, en la fantasía del paciente, estaremos preparados para el encuentro con él. En este sentido también, cabría entender el retraso como una dilación de ese encuentro temido.

Más adelante, en esta misma entrevista, el paciente aporta datos biográficos de la relación con los padres que ayudan a esclarecer la relación transferencial habida hasta ahora. Relaciones que han estado mediatizadas por las «explosiones» de «los petardos» y por una actitud severa de los padres. Al mismo tiempo indica una capacidad de auto–observación y reflexión sobre su infancia, como algo que está siendo vivido en la transferencia y que no es un mero recuerdo de aquella.

Posteriormente, dice que responde mal a las agresiones, para volver a la referencia directa a la transferencia al preguntar si la profesional le ha dado su nombre. Aquí, el paciente la acusa de esta supuesta agresión al no identificarse frente a él. Como el hecho no se corresponde con la realidad, parece clara la proyección que hace el paciente de su propia agresión al haber borrado el nombre de la profesional. Pero la ambivalencia de la situación permite pensar que en ese momento de la entrevista en que el paciente se acerca al tema preocupante de su dificultad en el manejo de la agresión, necesita de la ayuda de la profesional a quien le pide su nombre para reconstruirlo de nuevo, ya que lo ha borrado. Pero el paciente puede haber utilizado también esto para justificar su consiguiente ataque al desplazar a la profesional de su puesto, rebajarla como administrativa y colocarse él como psiquiatra. Es entonces cuando aparecen sus temores de no saber cuál puede ser la reacción de ésta, porque no le responde según el patrón habitual, de lanzarle «petardos» de inmediato, y por lo tanto no saber cuáles serán las posibles dimensiones de una respuesta agresiva de aquella.

En todos estos movimientos emocionales del paciente en la entrevista podemos entender también un intento de poner a prueba a la psiquiatra, en cuanto a su capacidad de contención frente a sus ataques. De ahí que finalmente exprese su necesidad de encontrar un clima cordial donde sea posible manifestar sus «explosiones». Existe mucho temor a sus impulsos agresivos y parece sincero cuando expresa el deseo de saber las repercusiones de los mismos, porque seguramente es algo que nunca se ha atrevido a reconocer. Quizá también necesita acabar la entrevista con esa demanda de relación cordial para tranquilizarse de que la profesional es capaz de proporcionársela, a pesar de los ataques que le ha hecho.

Inicio de la psicoterapia

En la *primera entrevista con el terapeuta* que se hará cargo de la psicoterapia, el paciente muestra de nuevo su ambivalencia ante la psicoterapia. Por un lado, no acaba de entender que hablando se pueda resolver el asunto de los petardos, y, en cierta manera, viene, según dice, porque su mujer insiste. Por otra parte, muestra su necesidad de hablar de sí mismo y de lo insatisfecho que se encuentra: se considera egoísta, cobarde y miedoso. Acepta algunas de las interpretaciones de la psiquiatra que le atendió en las entrevistas diagnósticas, como el reconocer que a veces pueden producirse «explosiones» en sus relaciones familiares, sobre todo con su mujer a quien siente que trata mal, aunque no de una manera manifiesta, sino sutilmente. Sus formas y maneras de comportarse en la entrevista son correctas, como para encubrir los aspectos de ataque y mal trato. Al mismo tiempo, se le aprecia bastante sincero.

Como yo había participado en la discusión del caso con el equipo y con la compañera que le atendió en las primeras entrevistas pude acercarme a este primer encuentro valorando su sinceridad y considerando favorablemente la viabilidad de una ayuda psicoterapéutica. Hacia el final de esta primera entrevista me dice que cuando se casó con su mujer realmente no estaba enamorado de ella, para enseguida añadir que supone que yo no le diré nada a su esposa. Aunque de una parte, en ello podemos ver un intento de alianza con el terapeuta para encubrir sentimientos negativos, en este caso respecto de la mujer, al mismo tiempo el paciente parece estar dispuesto a aceptar que la relación psicoterapéutica sea algo exclusivo entre él y el terapeuta, y en consecuencia, que no participe la esposa, como sucedió al principio de venir al centro.

En la segunda entrevista conmigo, el paciente habla de su sexualidad, tema que hasta ahora no había aparecido, ni con la compañera. Explica que desde la adolescencia había mantenido una doble vida en este sentido: por una parte, era el chico–bueno–que–va–a–misa, y, por otra, el que de vez en cuando iba de prostitutas. La intensidad con que vivía esta necesidad de recurrir a tales relaciones la compara a la idéntica fuerza con que experimenta la angustia cuando oye los petardos.

En la tercera entrevista, continua hablando de sexualidad de tal manera que a medida que avanzamos en la misma van apareciendo mayores resistencias, y el material se hace más difuso y disperso. Tras afirmar que, no obstante, considera que su sexualidad es normal, e intentar hacer un esfuerzo para hablar de sus fantasías sexuales, justo en ese momento pide para ir al lavabo porque «ha tenido un movimiento» (señalando al vientre). Por lo tanto, estos datos nos permiten establecer la hipótesis de que en este paciente la sexualidad está ligada a algo violento, difícil de retener, por lo que es necesario descargar, evacuar.

Al final de esta entrevista acordamos iniciar la psicoterapia que *focalizamos*, de manera muy general, en los aspectos agresivos ocultos o no suficientemente reconocidos, encubiertos por la imagen del niño bueno o del adulto formalmente educado y correcto, pero que como él mismo admite también se ponen a veces de manifiesto en el mal trato que proporciona a su mujer, por lo que ocuparnos de esta relación puede ser un motivo que ayudará a investigar sobre el foco. *Técnicamente*, considero que en este caso parece que será necesario desde el comienzo el uso de la interpretación transferencial puesto que está en primer plano. Una vez acordado el inicio del tratamiento, el paciente muestra sus reservas diciendo que lo que le interesa es curar el síntoma fóbico, el miedo a los petardos, aunque no estando muy convencido de ello añade, «claro que también es como el que tiene fiebre por anginas, que puede decir, a mí lo que me interesa es que me quiten la fiebre, pero si las anginas siguen ahí…». Al realizarse las primeras entrevistas antes de las vacaciones de Navidad, le propuse una duración de la psicoterapia hasta las vacaciones de verano próximo, es decir, unos siete meses.

II. Inicio de la psicoterapia

Primeras sesiones

El contenido manifiesto de las sesiones se refiere fundamentalmente y por este orden a las dificultades en la relación con la esposa, a la relación con el terapeuta y el tratamiento

y a las relaciones pasadas con los padres. Esporádicamente hace referencia a otros temas, sobre todo a la relación con sus hijos y a las del ámbito laboral. El paciente se expresa en los siguientes términos: cuando los conflictos «estallan» en la relación con su mujer entonces «eyacula» agresividad contra ella, y reconoce el mal trato, aunque sutil, de palabra, sin insultos, y mucho menos agresiones físicas. En cuanto a la relación con el terapeuta dice que prefiere mantener una relación de «polémica amigable». Respecto a esta cuestión se le interpreta la necesidad de mantener la relación en esos términos, o de manera neutra, como dice en otra ocasión, para evitar que aparezcan los posibles ataques al terapeuta y luego la posible reacción también violenta de éste. El paciente responde que cuando le levantan la voz es como si oyera petardos que explotan.

En una de las primeras sesiones viene diciendo que ante una prueba que ha debido pasar en el trabajo se le ha despertado tanto miedo que ello sólo justifica la necesidad de tratamiento aunque no hubiera lo de los petardos. Explica entonces los miedos que tuvo de pequeño ante los profesores exigentes y duros. Recuerda a uno de quien tenía tanto pánico que prefería hacerse sus necesidades encima antes que pedirle para ir al lavabo. El terapeuta retiene en mente que durante la primera entrevista sí fue capaz de pedir ir al lavabo, quizá como signo de una mayor confianza. Se queja también de los sentimientos de culpa que le hicieron sentir los padres, cuando al ponerse enfermo por los petardos en las fiestas ellos tenían que interrumpirla y fastidiarse echándoselo en cara; y también le generaba culpa cada vez que enfermaba porque necesitaba medicamentos, lo que suponía un gasto para los padres.

Le interpreté que podía empezar a reconocer más abiertamente la necesidad de la psicoterapia, ya que encontraba motivos explícitos que la justificaban. Y también en esa sesión pudimos ver que si hasta ahora él se quejaba de los «petardos» que le tiraban los demás, como los padres y los profesores exigentes, todos ellos culpabilizándole, ahora también había posibilidad de darse cuenta de los «petardos» que él lanzaba, como era el uso que podía hacer de su enfermedad para «fastidiar» a los padres. El paciente reconoce que es verdad que tiene maneras solapadas de tirar los «petardos» (palabra que se incorporará fácilmente al lenguaje de la psicoterapia con su sentido latente) como cuando el jefe del trabajo le obliga a hacer algo que él considera excesivo, y aparentemente lo acepta, pero luego despotrica contra él con otras personas. Dice que si no le gustaban los profesores exigentes, tampoco le gustaban los blandos, porque entonces no le inspiraban autoridad. Aquí le señalé cómo en la relación conmigo a veces

trataría de fomentar una relación en la que yo no fuera un terapeuta duro porque podríamos entrar en relaciones explosivas, pero que si soy muy blando no tendré la autoridad suficiente para ayudarle.

En esta sesión, pues, las interpretaciones han estado dirigidas en varias direcciones. Por un lado, he tenido en cuenta el material referido a relaciones pasadas para mostrarle algo que sigue actuando en su mundo interno: los ataques que él realiza, aunque de forma solapada en la medida que toda la violencia está disociada y proyectada en los petardos. Por otra parte, la interpretación transferencial se hacía necesaria para evitar que el tratamiento se convirtiera en una relación falsa en la medida que parte de su vida mental, la que tiene que ver con su agresividad, quedara muy disociada y alejada en la relación con la esposa, padres o jefes, mientras que la buena relación inicial con el terapeuta era confundida con la de una figura de autoridad blanda, y por tanto, no suficientemente firme para contener la violencia si era reintegrada a la transferencia.

En la *sexta sesión* de psicoterapia, al mes y medio de su inicio, se pone más de manifiesto la preocupación del paciente por la relación transferencial. Dice que toda la semana ha estado agresivo con todo el mundo debido a la sobrecarga de trabajo que ha tenido, y que «ha necesitado buscar con quién pelearse». Le interpreto primero su necesidad de considerar que la sobrecarga debe ser originada por los demás, da igual quien sea, como una manera de no asumirla en la medida que le corresponda (IMI). Aquí sólo pretendo dirigir la atención del paciente hacia sí mismo, a sus posibilidades de asumir sus responsabilidades. El paciente reconoce que es eso lo que ha venido haciendo con su mujer durante los años que llevan casados. Esta semana se quejaba a su esposa que desde que está en tratamiento se encuentra peor (dado que fue la esposa quien inició y apoyó la demanda de psicoterapia, aunque, como hemos visto, luego fue plenamente asumida por el paciente). Pero ella le ha contestado que no es así, que lo que sucede es que ahora empieza a darse cuenta de cosas de las que nunca ha querido saber nada. El paciente ha reconocido que ella está en lo cierto.

En esta misma sesión, dice que no ve que esto pueda acabar «porque al principio pensaba en los petardos como la causa de mi malestar y ahora voy viendo que hay más cosas». El terapeuta aprovecha la oportunidad para hacer memoria de los objetivos planteados, del *foco terapéutico*: tratar sus aspectos agresivos para que él pudiera tener un mejor conocimiento de los mismos; así como el plazo de tiempo acordado. (Es necesario recordar que el tiempo establecido inicialmente fue de siete meses, lo que

explica que ahora en esta sesión, al mes y medio, el paciente se preocupe por la insuficiencia del tiempo para tratar las cosas que van saliendo. En ese momento, consideré necesario mantener las condiciones iniciales del encuadre, por lo que mi intervención se limitó a ello para evitar estimular la expectativa del paciente de que podríamos tratar todo lo que apareciera). El paciente contesta que parece que hubiera querido pasarme el paquete de su preocupación por haber estado agresivo durante la semana, y que en cierta manera buscaba descargarse aquí, ya que muchas veces cuando sale de la sesión se siente aliviado. Le señalo entonces el doble sentido que para él tiene la sesión: como descarga–confesión, o bien como el alivio que puede experimentar en la medida que hay una comprensión de lo que tratamos.

Todavía en la misma sesión habla de la imagen que ha tenido del terapeuta: primero, como alguien aséptico, frío y distante, «y no es que considere esta actitud como hostil. Pienso que debe ser así porque, sino, ustedes estarían invadidos o contagiados con nuestras cosas…». Le interpreto la ambivalencia de que no le gusta la relación que siente por mi parte de «frialdad» y distancia profesional porque entonces no se siente suficientemente acogido; pero también teme una relación más próxima por mi parte porque podría invadirme y contagiarme con sus cosas, como son los aspectos de violencia y agresividad que estamos viendo, resultando que yo también me haría violento, con lo que se pondría en peligro el tratamiento (IT). Acaba la sesión comparando el tratamiento con «el bajar a profundidades y remover cosas sucias, la mierda, y que cuando lo hago solo, me pierdo; aunque entonces hay el temor de que al hacerlo con usted, nos perdamos los dos».

Comentarios a la sexta sesión. En la medida que el paciente ha ido aceptando la necesidad del tratamiento, precisa también verificar la consistencia de la relación terapéutica y la fortaleza o fragilidad del terapeuta. En cuanto que ahora ve más cosas que (lo referido a) los «petardos», quiere decir que no hay tanta proyección de los aspectos agresivos y que puede empezar a reintroyectarlos tomando conciencia de ellos: «es la mierda, lo sucio», dice el paciente, pero teme que si todo eso sale aquí en esta relación que yo no sea lo suficientemente fuerte como para soportarlo y contenerlo. Porque sus proyecciones, ahora dirigidas hacia mí, me salpicarán su suciedad, es decir, me convertirán en alguien que también respondería violenta y explosivamente ante sus ataques.

Por lo tanto, creo que existe en el paciente una preocupación por el terapeuta a quien podría dañar, y de quien justifica, como defensiva, la actitud fría y distante que le atribuye, lo cual viene a ser una proyección de sus maniobras defensivas de aparente frialdad, corrección y buenas maneras. Aunque tiene cierta parte de razón también, que el terapeuta necesita de su método no sólo para hacer mejor su trabajo sino para protegerse psíquicamente. Con esta sesión considero que el paciente ha entrado realmente en el proceso terapéutico en el sentido que siente la relación terapéutica con la suficiente fortaleza, de momento, como para seguir adelante. Acabaría aquí lo que he considerado de manera artificial la primera etapa del proceso.

III. Etapa media del proceso psicoterapéutico

En esta etapa va apareciendo mas claramente la relación entre sexualidad y «petardos» en cuanto que la primera ha estado ligada a componentes agresivos que siempre ha temido reconocer. Por eso tales aspectos agresivos estaban disociados, pero no tan sólo en las proyecciones de los petardos, sino en las relaciones sexuales con prostitutas, aunque el mal trato sólo tuviera lugar en la vivencia de descarga que acompañaba a las mismas, de manera que ni siquiera existían fantasías que pudiera hacer pensar en componentes abiertamente sádicos o perversos.

Por todo ello, en la relación con su mujer existía una cierta inhibición sexual por temor a «descontrolarse» según decía, y que aparecieran sus aspectos violentos. En esta etapa, el paciente dice encontrarse «con la escopeta cargada» respecto al tratamiento, por el temor de que le desmonte la organización mental que existe desde toda su vida. El paciente explica así el proceso seguido hasta ahora (cuando llevamos unos cinco meses de tratamiento): al principio me costaba tener confianza aquí, luego usted ha ido con prudencia, dudando si metía el bisturí o no, y en las últimas sesiones ha ido mas a fondo con lo de la sexualidad. Todo ello ha permitido que las relaciones con la mujer hayan mejorado incluso en el nivel sexual. Y el síntoma fóbico se ha mitigado.

En esta segunda etapa mis intervenciones estuvieron dirigidas fundamentalmente a las ansiedades, pulsiones y defensas que podíamos comprender al nivel de conflicto interno o en las relaciones externas actuales, en particular con la esposa. El paciente se siente más tranquilo, menos perseguido por el terapeuta, y aunque a veces ha de estar «con la escopeta cargada» puede aceptar que mi firmeza en entrar en su mente, no es tanto para

desmontarle su organización mental como para actuar a semejanza del bisturí, que aunque puede hacer daño, es con finalidad curativa y no para herirle. Por ello es posible que *ahora nos estemos ocupando más de sus dificultades respecto a las relaciones externas y del mundo interno y menos de la relación transferencial*.

A esta etapa corresponde el siguiente material. Tiene dudas de que los progresos que hemos ido consiguiendo no acaben de ser reales del todo, como si fuera un invento suyo, como un engaño pasajero. Al día siguiente de estos comentarios trae un *sueño* en el que aparece *un político de un partido de izquierdas que está dando una charla a la que asiste el paciente y se encontraba tan cerca de él «como desde donde estoy ahora yo hasta donde está usted».* Asocia que siempre le ha parecido bien ese partido por su preocupación por la justicia social, pero que comprometerse en eso supone lucha, tensión y situaciones peligrosas. Y es más cómodo que el patrón mande y los demás obedezcan. Dice que su mujer ha sido de ideas próximas a las de ese partido y que ha mantenido una postura de izquierdas, progresista, mientras que él ha sido más bien conservador, de derechas.

Le interpreto este material en primer lugar en términos de *conflicto interno*, en cuanto a la dificultad en aceptar dentro de sí mismo los aspectos progresistas, capaces de aceptar los avances que hemos estado viendo estos días como algo real y no como un invento. Y que, por otro lado, está el aspecto conservador más cómodo. Que reconocer progreso en él quiere decir no sólo que está mejor sino que dentro de él existen varios aspectos, muchas veces en conflicto, como son, además del progresista y el conservador, la faceta del niño malo y sucio, junto al que se pretende solamente bueno; el que pretende que nadie le puede ayudar, y el que reconoce que le están ayudando. Más adelante de la misma sesión *interpreto en relación con la transferencia*, en el sentido de que me reconoce una capacidad como al político del sueño y a su mujer, de tirar adelante este tratamiento, pero que le costaría ver esa capacidad en él mismo, porque es más cómodo que yo, como su esposa, hagamos de patrón que le mandamos, y él se limita a obedecer. De hecho ya en esta segunda etapa, hacia el tercer o cuarto mes, volvió a aparecer su preocupación de que en el tiempo inicialmente acordado de seis meses no pudiéramos acabar. Estuve de acuerdo y decidimos continuar hasta completar doce meses.

IV. Etapa de terminación

En esta tercera y última etapa del tratamiento es en la que tiene lugar de manera principal la elaboración de la terminación de la psicoterapia. Se inicia durante los últimos cuatro meses, es decir hacia el octavo y noveno mes desde el comienzo. Esta etapa abarca desde la vuelta de las vacaciones de verano hasta Navidad del mismo año.

Tres meses antes de la terminación, el paciente experimenta una actitud de cierto alejamiento de la psicoterapia. Le cuesta venir a las sesiones, dice que durante toda la semana no se acuerda para nada de aquí y que se siente pesimista en cuanto a la resolución del síntoma fóbico pues ha reaparecido aunque no con mucha intensidad el temor a no superarlo. Está pensando cambiar de trabajo, como manera de mejorar su situación. En diferentes sesiones le voy señalando que todas estas manifestaciones parecen estar en relación con la ansiedad que se moviliza ante la perspectiva de la terminación. Finalmente, el paciente puede reconocer que no es del todo cierto que las cosas estén tan mal, que «ha madurado durante el tiempo que lleva en tratamiento, y se siente menos dominado por reacciones infantiles».

No obstante, de vez en cuando recuerda el temor al síntoma fóbico, aunque no ha tenido oportunidad de encontrarse con situaciones que pudieran desencadenarlo. Pero ahora, a diferencia de lo que habíamos conseguido en la etapa anterior, donde el temor a las explosiones y los petardos estaba conectado con determinados aspectos de su funcionamiento mental, vuelve a aparecer como algo disociado.

Un día comenta lo que yo le había dicho en cuanto al uso que hacía del síntoma fóbico como una manera de evitar el esfuerzo de pensar en sus dificultades, y ahora particularmente, el enfrentar la terminación de este tratamiento, y que le recordaba cuando de pequeño el padre le obligaba a que no se tapara los oídos en el momento que explotaban los petardos, por lo que había sentido la misma angustia. Pero reconoce, dice, que el terapeuta «ha dado en el clavo» cuando le relaciona la cólera que siente contra su esposa, contra el hombre que tira los petardos (que por esas fechas los había oído) y contra el terapeuta porque no ha conseguido que desaparezcan ya todas sus dificultades. La cólera contra el terapeuta se manifiesta en los «petardos» que supone decir que no ha progresado y no ha servido para nada el trabajo de aquí.

En otra sesión de esta etapa explica que ha sido una semana dura, que se ha sentido muy afectado por la muerte de un niño vecino a causa de un accidente, en el trabajo ha habido dificultades con el jefe y para colmo hasta el coche se le ha estropeado por no haber hecho caso de los indicadores. El terapeuta no responde a esa primera información

catastrofista según espera el paciente y en la que hay material de muchos niveles mentales: sus aspectos infantiles desvalidos ante la terminación pueden ser víctimas de accidentes serios; las relaciones con el jefe–terapeuta también van mal y los indicadores de lo que ha podido aprender en la psicoterapia no funcionan para autorregularse y contenerse por todo lo cual él viene «estropeado» a la sesión. Sin embargo, yo no acabo de estar convencido de que la situación sea tan desastrosa por lo que decido esperar antes de interpretar en alguno de los sentidos que estaba pensando, pues con el final tan cerca hubiera complicado las cosas.

El propio paciente no tarda mucho en cambiar el contenido de la sesión y dice: «Pero no ha sido todo negativo. También ha habido algo positivo. Con mi esposa me he sentido más unido. Hemos tenido relaciones sexuales satisfactorias… hemos hablado. Ella me decía que ve, al igual que yo, que en un año de tratamiento he madurado… Y es que yo he aprendido aquí a hacer frente a las cosas y no, como antes, que escondía la cabeza bajo el ala… Y ustedes me han podido señalar lo sucio cuando lo había sin decir que era sucísimo, así como también han sabido decirme lo positivo cuando estaba».

En la misma sesión, dice que pudo pasar por una fiesta del barrio donde había la posibilidad de que explotaran petardos y no le fue demasiado difícil. Recuerda luego momentos importantes de su vida y las dificultades que tuvo para adaptarse a unos y otros con más o menos éxito. Cuando fue de «colonias» por primera vez; o cuando descubrió las prostitutas; cuando tuvo su primer trabajo y donde también encontró su primer amor con una chica que luego le dejó, lo que le afectó muchísimo. En este momento el terapeuta se limita a valorar el esfuerzo del paciente por recuperar cosas de su pasado, tanto las vivencias de las que puede sentirse satisfecho como otros recuerdos dolorosos, pudiendo integrar ambos.

Pero no satisfecho con lo que le he dicho, el paciente insiste en que debe haber algo más en todo eso que dice, y pregunta por qué se le ocurre ahora en este momento que acabamos el tratamiento. Le interpreto entonces su temor ante la terminación de la psicoterapia: ¿Qué pasará ante este otro momento importante de su vida, el de la finalización de la psicoterapia? ¿Esconderá la cabeza bajo el ala? ¿O podrá hacer frente por sí mismo a la terminación, sobre todo al darse cuenta de que una serie de recuerdos de su vida siguen estando en él, forman parte de él, así como muchas de sus dificultades? Contesta el paciente: «Ya veo que esto no acaba ahora, ni el año que viene, ni el otro… Sí, creo que hemos aprovechado el tiempo».

Como vemos en sesiones posteriores, la terminación de la psicoterapia le replantea al paciente la cuestión de si aceptar una relación con los padres, la esposa, y el terapeuta ha de suponer una sumisión por su parte o si, por el contrario, independizarse de tales relaciones ha de implicar una ruptura. Dice el paciente: «Ya veo que el tratamiento me ha servido para pensar de una manera… ¿cómo diría? científica, quiero decir, pensar poniendo orden en el desorden… lo que me ha permitido empezar a abrir los ojos», para añadir a continuación, «pero tengo miedo de si el tratamiento me servirá durante mucho tiempo». Aquí le interpreto que tiene miedo de que aceptar lo que ha recibido en el tratamiento signifique sumisión, como si todo lo aprendido aquí conmigo hubiera sido impuesto, por lo que habría la tendencia a decirse que la manera de sentirse realmente libre sería rompiendo con todo eso. Entonces responde que con el tratamiento se ha modificado la relación con su mujer, en el sentido de que antes no podía aceptar nada de ella pues eso suponía someterse a sus criterios, como ocurrió con los padres, pero que durante la psicoterapia ha podido empezar a hablar realmente con ella y tenerla en cuenta sin ese sentimiento de sumisión.

En la *sesión siguiente* al material que acabo de exponer, el paciente dice que tiene la impresión de que se siente la misma persona aquí que con su mujer o que con el jefe mientras que anteriormente se sentía muy diferente en un sitio y en otro. Lo cual, pienso, indicaría la tendencia a una mayor integración de diferentes aspectos de sí mismo.

En la *penúltima sesión* recuerda que la semana anterior había sido la primera vez que había podido hablar de manera positiva del padre en la psicoterapia. Explica que ayer estuvo comiendo con los padres, y fue bien porque «encontró al padre receptivo. Es como si hubiera aprendido que para convencer de la verdad en la que uno cree no se ha de querer imponerla». Le digo que quizá ahora él puede recoger o percibir los momentos en que el padre está receptivo porque él mismo puede sentirse también receptivo, y que la psicoterapia ha podido aportarle esa experiencia en la que no es necesario imponer sino mostrar lo que puede considerarse como verdad de lo que hay en él. Contesta el paciente: «Sí, es como si yo lo llevara dentro, como si hubiera interiorizado el tratamiento y entonces van saliendo cosas, es como que esas cosas van "explotando" de vez en cuando dentro de mí… También aquí he ido viendo el "tratamiento" que doy a la gente». Explica entonces una discusión que hubo con la esposa estos días, en la que él pensaba que ella estaba equivocada pero pudo aceptar y tolerar mejor la situación que en otras ocasiones.

Es curioso el uso que hace el paciente de algunos términos, concediéndole un significado u otro en función del *insight* adquirido. Así, anteriormente, el verbo «explotar» estaba vinculado al elemento de la realidad externa en el que estaba proyectada su destructividad: los petardos, así como en las explosiones de sentimientos de rabia; ahora, en cambio, la misma palabra sirve para denominar una forma de comprensión, es decir, su estilo particular de asimilar lo que ha recibido en la psicoterapia: «explotan» las cosas aquí recibidas y acumuladas en su interior, o lo que es lo mismo, se abre bruscamente el significado de lo que había recibido pero no estaba asimilado. Pero así como esta expresión procede del propio paciente, vemos que hay otras, como la de «tratamiento» que ha sido tomada del terapeuta y donde se expresa la evolución experimentada en el paciente en cuanto a la naturaleza de sus relaciones. Así, la palabra utilizada por él en otras ocasiones para aludir a su manera de relacionarse con las personas había sido «trato», ahora esta palabra ha quedado asimilada a «tratamiento». Con ello parece quedar de manifiesto la lograda incorporación de elementos de la psicoterapia. No sólo porque se produce la modificación de la relación, en cuanto al buen «trato–tratamiento» dado al objeto, sino que el incorporar esta palabra recibida del terapeuta denota la aceptación (y no sumisión) de éste y de lo que le ha aportado.

Todavía en esta penúltima sesión, prosigue el paciente recordando la situación que vivió a los dos meses de iniciado el tratamiento, cuando a raíz de unas circunstancias laborales desfavorables sintió la necesidad de romper con el trabajo, y con la familia y marcharse de prostitutas… Al recordarlo, se siente como un Dr. Jekyll y Mr. Hyde del que hemos hablado en ocasiones. Relaciona la tendencia a ir de prostitutas con los petardos, como el lado Mr. Hyde, el de ponerse como loco, el de no entrar en razón… «Pero lo de los petardos —añade— yo creo que fue como un pretexto para venir aquí. Ahora veo que no era lo más importante, y en este momento está bastante mitigado, ya no hay la angustia de antes. Y también soy más capaz de luchar, de manera que cuando hay algún problema tiene menos fuerza lo de las prostitutas». Le digo que estoy de acuerdo que petardos y prostitutas son las dos caras de una misma moneda, del aspecto Mr. Hyde, que cuanto menos escondido, es más conocido y queda mitigado y con más posibilidades de controlarlo. Pero, sin embargo, añado, creo que me avisa y se avisa de que dicho aspecto no ha desaparecido del todo y que por tanto ha de estar alerta para convivir con él, una vez acabado el tratamiento.

Aunque el paciente hace un balance positivo de la psicoterapia, lo que supone el reconocimiento de ese aspecto oculto, «el que no entra en razón», que podríamos identificar como el aspecto psicótico o de la parte psicótica de su personalidad, ahora más integrada, sin embargo, era necesario recordar que la menor disociación del mismo, no quiere decir que hubiera desaparecido, y en ese sentido apunta mi intervención, sobre todo enfatizando que aún después de terminado el tratamiento también estará presente dicho aspecto.

Contesta el paciente: «Sí, parece que es así… Y ahora haría como un adolescente, que le preguntaría ¿y qué he de hacer entonces?… Y al hablar de adolescente pienso que he vivido el tratamiento como una segunda adolescencia… Veo que he de continuar, y que requiere un esfuerzo de mi parte… También me he dado cuenta aquí, y he aprendido a valorar el sentido del tiempo. Yo antes quería las cosas enseguida… Ahora sé que requieren tiempo…»

Puesto que se trata de una psicoterapia limitada en el tiempo es interesante recoger el comentario del paciente que nos indica que es posible aprender en este tipo de psicoterapia que todo progreso emocional requiere un tiempo, y que el ofrecido por la PBP, de un año, ha sido suficiente.

En *la última sesión*, aparecen claramente las ansiedades de separación. «Se nota que hoy es la última sesión, y lo he vivido toda la semana. Ha sido una semana catastrófica, de desgracias… y he vivido mucha angustia». Explica entonces las noticias de dos niños que, en lugares diferentes, sufrieron accidentes de gravedad. «Y yo pensé, mira que ocurrir todas estas desgracias precisamente antes de la última sesión». Luego habla de su cierta frustración porque se acercó sexualmente a su mujer pero ella estaba cansada. Le digo que hay ciertas realidades que se le hacen difíciles de aceptar como es el que su esposa no estuviera en condiciones de corresponder a su deseo sexual y entonces es vivido como rechazo (IME). De la misma manera que la realidad de la terminación, puede sentirla como un rechazo o abandono de mi parte (IT).

Responde que la experiencia de la psicoterapia le recuerda un poco a su adolescencia, en cuanto a la crisis que sufrió entonces, «crisis —comenta— en el sentido de cambio, pero con la diferencia de que en la adolescencia me costaba aceptar el magisterio de alguien, cosa que aquí hemos visto…». Continúa luego diciendo que estos días estaba tan angustiado que había pensado ir de prostitutas, pero no fue, aunque se lo contó a su mujer a quien le dijo que el cincuenta por ciento de la angustia podía ser por su propia

inmadurez y porque se termina el tratamiento, pero que el otro cincuenta era por su rechazo. Le recojo entonces la idea de la psicoterapia como la experiencia que le ha permitido una nueva crisis–cambio pero que se termina, de manera que ha de continuar por sí solo, lo cual se le hace duro, por lo que ha necesitado recurrir a su mujer, como en otras ocasiones, para descargar ese malestar y preocupación que se le hacía difícil tolerar. Responde que tiene miedo respecto a cuánto durará el efecto de la psicoterapia. Le digo que él sabe que eso depende también de que él se responsabilice de lo que aquí ha podido aprender.

Luego, en la misma sesión, sigue diciendo que él vino aquí, como ahora puede ver más claramente, por el asunto de los petardos como pretexto. «Yo tenía otros problemas y aquí hemos hablado y pensado juntos sobre esos problemas, como ha sido mi relación con mi mujer y otros». Luego, dice que el terapeuta ha mantenido una relación profesional con él, la adecuada para que haya podido sacar sus trapos sucios. Y que es él quien ahora trata de tener una relación distante, al contrario de lo que ocurría al principio. Le digo que puede apreciar que junto a la relación profesional, que requiere una cierta distancia, ha podido sentir una relación que se ha hecho mas próxima, y que como ahora se acaba esta relación debería ser él quien pondría distancia para de esa manera sentir menos la despedida.

V. Entrevistas de seguimiento

Como veremos en el capítulo próximo, estas entrevistas forman parte del encuadre inicial de la PBP. Tienen varias finalidades. Por una parte, ofrecer al paciente una cierta continuidad de la relación terapéutica de manera que la terminación de la misma sea mejor tolerada. Por otra parte, permiten la oportunidad de acabar de elaborar el final en aquellos aspectos insuficientemente asimilados en el trabajo realizado durante la última etapa. El tiempo transcurrido hasta la primera entrevista de seguimiento da lugar a que aparezcan con más intensidad los sentimientos y vivencias relacionados con la separación así como las capacidades del paciente para afrontarlos. Las incluyo también para que pueda verse todo el curso de la psicoterapia, así como para plantear la cuestión de las intervenciones del terapeuta en ese momento.

Le sugerí al paciente el plazo de un par de meses o tres, desde la terminación hasta que solicitara dicha entrevista. En total, hemos mantenido tres encuentros en el curso de

un año, desde el final, a los tres meses y medio, a los seis y a los doce respectivamente.

En la *primera entrevista de seguimiento* el paciente explica que durante el mes siguiente a la terminación estuvo deprimido, sin saber por qué, hasta que se dio cuenta y pudo aceptar que le faltaban «las muletas de la psicoterapia». Luego, fue superando este estado, y durante los dos meses y pico siguientes se encontró bastante bien, de manera que cuando se acercó el plazo previsto para pedir la entrevista le parecía que no tenía mucho sentido. El síntoma fóbico ha perdido intensidad, podemos decir que al quedar desprovisto del significado inconsciente que poseía. «Ahora lo que me preocupa es el conjunto de mi personalidad», dice el paciente. Habla de su relación de pareja en la que el tipo de relación según la pauta sumisión (aparente)–ruptura–(interna) se ha modificado por otra en la que el paciente se esfuerza en plantear los problemas habidos en la pareja y expresar sus sentimientos, aunque como añade él mismo, «tampoco quiero que mi mujer se convierta en la sustituta del terapeuta». Las relaciones sexuales, por ejemplo, dice, van mejor, son mas satisfactorias y frecuentes que cuando empezó la psicoterapia, y «debe ser así porque también vamos mejor en otras cosas que compartimos más, nos comunicamos más… aunque todavía hay momentos difíciles…»

En la misma entrevista, el paciente dice que una de las cosas que ha aprendido en el tratamiento es *el de un método para abordar los problemas*, aunque no sabría explicarlo bien. Comenta, luego, situaciones vividas que pueden dar muestra de tal aprendizaje. Así, últimamente ha estado más interesado por las cosas de su hijo, lo que le ha llevado a acudir a algunas charlas para padres a fin de informarse sobre cuestiones relativas al manejo de problemas específicos que pueden plantearse con los hijos, como es el asunto de las drogas, aunque el suyo no está todavía en edad de ello, pero quiere estar preparado. Sigue siendo sensible a las noticias sobre desgracias acaecidas a niños, pero así como antes eran motivo de considerable ansiedad que necesitaba «evacuar» rápidamente, ahora puede tolerarlas y aguantarlas. Al mismo tiempo piensa que aunque hay desgracias inevitables, otras sí pueden evitarse o paliarse de manera que «yo puedo ayudar a mi hijo a cruzar la calle de la mano, por poner un ejemplo. Y cuando sea adolescente quiero ayudarle… Porque yo he tenido dificultades y se me ha ayudado… Y no me ha ido tan mal» (Recordemos que el paciente había asociado la experiencia psicoterapéutica como la ayuda a una crisis de adolescencia).

En dicha entrevista, procuré hacer pocas intervenciones transferenciales. Le señalé que su temor y su duda en pedir la entrevista cuando se encontraba mejor tal vez era porque

me podía sentir exigente de manera que quizá no estaba todo lo bien que yo habría esperado, o, como él mismo se daba cuenta, porque hay cuestiones como la relación con su mujer en las que todavía hay dificultades que, según dicha exigencia interna que también me atribuye, ya deberían estar resueltas.

En la *segunda entrevista de seguimiento*, (seis meses después de la terminación del tratamiento) muestra que, en general, las cosas van bien. «Ya no vengo aquí para hablar de petardos» y sí habla de las varias crisis de furia que ha tenido con su mujer. En una ocasión fue muy fuerte la discusión, pero a diferencia de tiempo atrás que surgía el impulso, y muchas veces la actuación, de marchar de prostitutas, esta vez pudo controlarse, y en cambio se puso a escribir todo lo que sentía y pensaba. «El balance de la psicoterapia ha sido positivo, yo diría que incluso espectacular, si pienso en lo que yo esperaba cuando empecé». Dice que, no obstante, han surgido nuevos temores, como es en relación con la muerte, el pensar en la propia muerte. Lo que a veces se le hace difícil por lo que ha pensado plantearle al terapeuta qué piensa sobre la posibilidad de reanudar la psicoterapia.

Aquí le mostré la tendencia regresiva de evitar comprobar hasta dónde él es capaz de hacer frente a los temores que puedan ir surgiendo en su vida, cuando, por otro lado, ha dado muestras de algunas de tales capacidades frente a las «chispas» que saltan en la relación con su mujer, por ejemplo. Responde entonces diciendo que el paso por la psicoterapia ha sido un aprendizaje similar al de la escuela, en el sentido de que «si bien allí me enseñaron trigonometría, pongamos por caso, es verdad que luego no me ha sido de utilidad directa porque no he tenido necesidad de resolver problemas de ese tipo, pero, en cambio, aprendí que existen unos pasos que es necesario dar, un método, para poder resolver ciertas cuestiones. Y es eso lo que yo creo que he hecho desde que acabó la psicoterapia… Pero, claro, no dejo de plantearme si no avanzaría más con la ayuda del profesional…».

Vuelvo a indicarle la relativa resistencia a aceptar la realidad de la terminación de la psicoterapia. El paciente recuerda entonces algunos momentos del tratamiento, como las primeras entrevistas en las que sentía al profesional con una actitud dura, y los momentos en los que lo vivió en una relación más afectuosa, pero que luego se ha dado cuenta de que era necesario que se le dijeran las cosas claramente, aunque le fuera duro de aceptar. Le digo que en este momento me puede estar sintiendo duro pero firme, al no

aceptar la reanudación de la psicoterapia, a la vez que puede verme receptivo porque no le cierro las puertas para posibles nuevos encuentros como el de hoy.

En la *tercera y última entrevista*, (al año de la terminación) explica que ha ido encontrándose bien, incluso durante el verano (que transcurrió desde la última entrevista y que solía ser una época especialmente difícil por la mayor posibilidad de explosiones de petardos en las fiestas veraniegas, así como porque al ser período de vacaciones la convivencia con la mujer es más intensa y, por tanto, más expuesta a que «saltaran chispas» en la relación). Por ello había considerado que no era necesario volver a tener otra entrevista. Pero como últimamente se está preparando para el acceso a la Universidad y en el trabajo marcha bien, se ha sentido tan satisfecho, «como hinchado y egoísta, que he venido entonces para que me diera un tirón de orejas», bromea. Las relaciones con la mujer, hijo y trabajo han ido bien en líneas generales. Aunque sigue habiendo altibajos, pero «las agujas de los mismos no son tan pronunciadas». Por eso quería también venir para expresar su agradecimiento al terapeuta.

Con la mujer ha ido disminuyendo el tipo de relación en la que se sentía dominado por ella. Ahora las cosas son diferentes de manera que es la esposa la que en algún momento se ha encontrado mal, lo que ha llevado al paciente a sugerirle que tal vez ella necesitaría de una psicoterapia. De momento, él mismo tratará de ayudarla, porque se siente en deuda por lo mucho que ella le ha apoyado, aunque teme no ser suficientemente fuerte. En esta ocasión me limité a señalar que aunque de una parte desearía «el tirón de orejas», según el aspecto exigente que hemos visto, de otra parte sabe que no ha sido ese el método que hemos seguido aquí.

Comentarios a las entrevistas de seguimiento. Las entrevistas muestran que el paciente parece haber interiorizado algunos de los elementos que constituyeron la experiencia psicoterapéutica. Así, ha aprendido un cierto *método* del que no puede explicar con precisión en qué consiste, pero sí puede dar algunos ejemplos de su aplicación. Y estos muestran que ha podido interiorizar a un terapeuta firme y receptivo a la vez, de manera que la identificación con este objeto interno le ha permitido modificar, en cierta manera, sus pautas de relación de objeto. Ello se muestra en su relación de pareja donde ya no es el sujeto pasivo que mediante el sometimiento proyecta en la esposa la agresividad en forma de dominio y exigencia.

Curiosamente, la mujer parece necesitar ahora ayuda psicológica en la medida que han disminuido las proyecciones del paciente. En efecto, dichas proyecciones la convertían

en una persona exigente y dominante, pero también la capaz, la que sabe, la progresista etc., y por lo tanto, pudiendo, a su vez, proyectar en el marido los aspectos necesitados. Así pues la mujer ha debido reintroyectar tales aspectos y concederle al marido los que corresponden en cuanto a capacidades. El paciente parece dispuesto a ayudarla, antes de que sea necesaria una psicoterapia como una expresión más de la interiorización del método terapéutico. Y lo quiere hacer por sentirse en deuda con ella, es decir, que existe un evidente deseo de reparación (si recordamos que el paciente había reconocido no sólo la ayuda recibida de la esposa sino el mal trato que le había dado), lo que podríamos pensar que conecta también con la deuda hacia el terapeuta por la ayuda recibida. Pero al mismo tiempo no hay elementos dominantes de idealización maníaca pues el paciente reconoce sus propias limitaciones lo que le hace dudar de su fortaleza para ofrecer esa ayuda a la mujer.

Otro aspecto que se ha modificado y que está conectado con el foco inicialmente planteado: el reconocimiento y manejo de su agresividad, presente en la relación con las mujeres, así como con lo infantil de sí mismo, y, en la realidad externa, con sus hijos. Así, las noticias sobre desgracias infantiles son mejor toleradas. Es decir, existe menos temor a que sus aspectos destructivos puedan ocasionar daño o, en todo caso, que éste no será tan enorme ni tan irreparable. En consecuencia, ha podido acercarse más a su hijo y estar más dispuesto a ayudarle.

Capítulo VII

Tiempo y proceso psicoterapéutico

1. El tiempo

1.1. El tiempo en las psicoterapias psicoanalíticas y en PBP

Ya dije que, en mi opinión, para que una experiencia terapéutica pueda adscribirse al término psicoterapia debe ofrecer la posibilidad de que se establezca un «proceso psicoterapéutico». Y un proceso viene determinado por el desarrollo de una relación entre paciente y terapeuta lo suficientemente duradera como para que sea significativa en la vida del paciente y así poder incidir en la misma. Por lo tanto, excluyo del término psicoterapia otras intervenciones terapéuticas psicológicas aun las de base psicodinámica, pero que se limitan a contactos esporádicos y poco frecuentes.

El factor tiempo está presente en varios de los componentes del método psicoterapéutico utilizado: duración de cada sesión, frecuencia de las mismas y duración del tratamiento total. En el psicoanálisis y las psicoterapias psicoanalíticas de larga duración, de entrada no entra en consideración lo que respecta a la duración total del tratamiento. Paciente y terapeuta se disponen a atender, comprender e iniciar vías de resolución de los problemas y conflictos por los que el primero acudió en demanda de ayuda, empleando para ello el tiempo que sea necesario.

En las psicoterapias a tiempo limitado, en cambio, el factor tiempo es por definición determinante de la técnica de esta modalidad terapéutica. Ello implica una primera contradicción, teniendo en cuenta que se trata de una psicoterapia psicoanalíticamente fundamentada. Todo proceso de una psicoterapia psicoanalítica se desarrolla, como

decimos, en cierta medida, ajeno a las condiciones del tiempo, mientras que en PBP el proceso está limitado, y además en nuestra experiencia la fecha de terminación queda prefijada desde el inicio. ¿Es posible salvar esta contradicción?

Ya nos enfrentamos al mismo problema al estudiar la focalización. Decíamos que restringir el foco terapéutico de atención supone atentar contra el principio técnico psicodinámico de la asociación libre. No obstante, la experiencia clínica expuesta en esta obra muestra que es posible circunscribir un área de trabajo al tiempo que el paciente adopta una actitud espontánea en su comunicación. Pero para ello, como ya vimos, es necesario que el planteamiento del foco no sea demasiado restrictivo, así como aceptar que el paciente se aleje del mismo e incluso, en determinados momentos al menos, aparentemente parezca que se olvide del foco, pues si el proceso psicoterapéutico evoluciona favorablemente suele desarrollarse en torno del foco. De manera similar, el planteamiento de un encuadre que incluye la limitación temporal es posible aunque ha de ser dinámico, en el sentido que describiré luego.

Para algunos autores la limitación del tiempo constituye el elemento fundamental de la psicoterapia breve de orientación psicoanalítica, actitud que según Guillieron (1976) es acorde con la tendencia de otros autores que practican modalidades de terapia diferentes (familiar y de grupo, por ejemplo). El exponente máximo de esta postura es J. Mann (citado por Guillieron, *op. cit.*, y Malan, 1976) quien lo considera el elemento central.

En cuanto a si incluir o no en el contrato con el paciente la limitación del tiempo, hay las dos posturas contrarias. En algunos casos se hace explícito, y se verbaliza al paciente. En otros, no se hace manifiesto. Malan (1963), por ejemplo, en su primer trabajo sobre psicoterapia breve no explicitaba al paciente la duración del tratamiento al inicio del mismo, lo que posteriormente reconoció que dio lugar a dificultades a la hora de plantear la terminación. Por ello, más adelante (Malan, 1975) modificó dicha postura por la de informar de manera concreta la fecha de terminación, pero no el número de sesiones. Sifneos (citado por Guillieron, 1976) comunica al paciente que el tratamiento será corto sin especificar lo que entiende por tal. Los argumentos que apoyan la postura de precisar en el contrato el número de sesiones estriban en que compromete más al paciente, le sirve de estímulo y sobre todo impide el riesgo de que las dificultades propias de las ansiedades de separación puedan dar lugar a actuaciones en el sentido de pretender reiteradamente postergar el final no precisado.

Por mi parte, pienso que siempre que exista la propuesta de indicación de un tratamiento limitado en el tiempo es conveniente incluirlo como un elemento explícito del encuadre. Lo deseable es que dicha aclaración se haga durante el proceso diagnóstico, en el momento de establecer la indicación de ayuda adecuada, y al explicar las condiciones del encuadre. No obstante, a veces, puede resultar difícil hacer la precisión en ese momento y habrá que introducirla durante las primeras sesiones. Estoy de acuerdo que enmarcar una tarea terapéutica en un tiempo limitado puede contribuir a que el paciente asuma una responsabilidad mayor en el tratamiento. Ello es así en función de las ansiedades de separación, que se activarían desde el comienzo, siempre que el paciente las pueda tolerar mínimamente.

En lugar de ofrecer la limitación del tiempo en función de un número de sesiones, estoy de acuerdo con Malan en proponer períodos de tiempo naturales. Aunque todo encuadre psicoterapéutico es una situación artificial, y más aún en el caso que nos ocupa, por las limitaciones que se impone de tiempo y de focalización, sin embargo la propuesta de un plazo en términos «naturales» es una referencia más cercana a la vida cotidiana del paciente, que un número de sesiones. Así, preferimos hablar de meses y tomar como referencia los períodos habituales del calendario que marcan un hito del año: Navidad, Semana Santa y vacaciones de verano.

Pero para que este planteamiento sea realmente «psicoanalítico», no debe tomarse de manera rígida. Se trata de hacer una propuesta que, aunque verosímil, se ha de verificar su viabilidad en el curso del tratamiento. Es decir, que si bien los datos biográficos y psicodinámicos que hemos recogido nos permiten plantear la indicación de la PBP, hemos de dejar un margen de duda para que sea el trabajo mutuo entre paciente y terapeuta quien vaya confirmándolo. Pero esta relativa incertidumbre es algo que incumbe a la responsabilidad del terapeuta, y que no es necesario explicitar al paciente. Aunque a veces en el curso del tratamiento se aprecia la necesidad de prolongarlo un tiempo más. Bien sea por circunstancias externas acaecidas en la vida del paciente, como en el caso III («la mamá híper–responsable»), donde la muerte de la madre aconsejó prolongarlo unos meses; o bien por motivos internos del paciente, como en el caso V («El hombre de los petardos») que al haberse implicado más en el tratamiento se vio que los siete meses previstos eran insuficientes y lo prolongamos hasta doce. Aquí tenemos otra prueba más de por qué no podemos considerar esta obra como un Manual de Técnica en

PBP, porque las recomendaciones ofrecidas a partir de la experiencia con una serie de casos no son aplicables, *sensu strictu*, a cada nuevo caso.

Por otra parte, ante la propuesta de un tiempo determinado de ayuda, el paciente no tiene noción alguna de lo que puede insumir tratar sus problemas por lo que se limita a una aceptación formal, confiando en la autoridad del terapeuta. Será por tanto responsabilidad de éste hacer memoria de este aspecto del contrato, al menos durante la primera fase del tratamiento. Quizá en ese momento la intervención tendrá una mera función de recordar al paciente esta realidad del encuadre. Probablemente será en la fase final en la que la referencia a la duración de la psicoterapia y su terminación exigirá intervenciones interpretativas. Aunque cabe que en otros momentos del tratamiento, en función del material que surja también sea necesario este tipo de interpretación.

A diferencia de lo que podría pensarse, en nuestra experiencia hemos comprobado que la limitación del tiempo conocida por el paciente desde el inicio de la psicoterapia no constituye un obstáculo que inhiba su colaboración, al estar pendiente de la ansiedad de separación, además del «agobio» añadido por la restricción del área de tratamiento (focalización) a trabajar. Más bien al contrario, y de acuerdo con Malan (1976) es una ventaja más que un inconveniente. En efecto, en la medida que el paciente va asumiendo la realidad del encuadre propuesto, éste se convierte en un estímulo expresado en una colaboración en no dispersar demasiado el material de las sesiones, sino aproximarlo a la temática central del foco.

Veamos ahora el factor tiempo en cada uno de estos tres elementos: duración de las sesiones, frecuencia y duración del tratamiento.

1.2. Duración de las sesiones

La experiencia en psicoanálisis y las psicoterapias psicoanalíticas se ha venido produciendo con una duración de 45 o 50 minutos por sesión. Es un tiempo adecuado para que tenga lugar el desarrollo de una sesión. Es decir, que el paciente pueda asociar libremente, el terapeuta escuchar en relativa atención flotante y luego intervenir interpretando, para que a su vez el paciente pueda responder o asociar de nuevo y así sucesivamente, de manera que se genere algún tipo de comprensión o *insight*. Puesto que cada sesión no es igual de productiva y como las resistencias actúan con frecuencia, ese tiempo de 45 o 50 minutos no siempre es empleado en la comunicación verbal, sino

que pueda haber momentos de silencios, reflexivos o por bloqueos que el terapeuta debe respetar, salvo que sean elocuentes de algo que requiere interpretación. Por lo tanto, en la PBP, donde procuramos mantener estos elementos técnicos de la asociación libre del paciente y la atención flotante, aunque con las matizaciones que ya hemos visto, parece adecuado también mantener ese tiempo por sesión.

No obstante, el contexto institucional y asistencial puede hacer inviable esa duración. Ello requiere del terapeuta trabajar con un menor tiempo. Por ejemplo, otra referencia sería la de los 30 minutos. Pero en estos casos, deberán introducirse modificaciones técnicas que compensen esa menor disponibilidad. Así, la existencia de una focalización más circunscrita a algún problema. Y una actitud más activa por parte del terapeuta, aunque la disposición de escucha básica inicial sea también necesaria. Pero se evitarán especialmente los silencios largos. En esta sesión más corta, el terapeuta podrá asumir la responsabilidad de ayudar al paciente a retomar algún tema tratado en la sesión anterior relativo al foco. Además, habrá que tener en cuenta la frecuencia con que se hacen las sesiones. A menor frecuencia, más activa será la actitud del terapeuta. Aunque no hay que confundir actitud activa con directivismo. El terapeuta puede ser activo facilitando las intervenciones del paciente en ese sentido de recordar temas anteriores, o invitando a indagar sobre cuestiones que se saben son centrales en la problemática del paciente. En nuestra práctica, todas las psicoterapias realizadas según el procedimiento aquí descrito incluían un tiempo de 45 minutos. Pero no descarto la viabilidad de los 30 minutos. Aunque me parece que sería más adecuada para una psicoterapia de apoyo de frecuencia quincenal, por ejemplo.

Una intervención terapéutica menor de 30 minutos es difícil que pueda proporcionar elementos y condiciones para aportar comprensión dinámica al paciente. Un caso aparte es el método propugnado por M. Balint (Balint y Norell, 1972) para los médicos de cabecera, que llegan a hablar de 6 minutos para el paciente. En primer lugar hay que tener en cuenta que se trata de una relación, la del médico de cabecera y un paciente y familia que se supone de larga duración, y, por tanto, el médico tiene un conocimiento del paciente y su entorno inmediato sociofamiliar que le permite que en un momento determinado pueda llegar a comprensiones, o flashes con poco tiempo de relación en cada entrevista. En todo caso, no llamaría a esta experiencia un proceso psicoterapéutico, sino un proceso asistencial, por otro lado muy útil.

1.3. Frecuencia de las sesiones

Como venimos diciendo, cada vez que hablamos de un aspecto técnico del encuadre, hay que situarlo en función de otros aspectos técnicos, es decir, del método empleado para valorar su idoneidad o no. A mi juicio, a mayor frecuencia de sesiones, mayor será la necesidad de una técnica interpretativa que incluya la transferencia, así como niveles más profundos de la mente del paciente. Según los objetivos terapéuticos y la técnica interpretativa, será más adecuado establecer un sistema de frecuencia de sesiones u otro. Para una comparación del tiempo en diferentes psicoterapias psicoanalíticas individuales ver Tabla 1.2 en el capítulo I.

Por ejemplo, un paciente con un cuadro clínico reactivo a una circunstancia adversa puntual puede responder a una intervención terapéutica en la que la frecuencia de las sesiones sea relativamente próxima, semanalmente, pero la duración total del tratamiento corta, por ejemplo, cuatro o cincos semanas, es decir, un total de cuatro o cinco sesiones. Por el contrario, un paciente con problemas de personalidad y que no acepta otro tipo de ayuda, al menos de momento, puede beneficiarse más mediante una ayuda cada dos o tres semanas durante un tiempo de seis o nueve meses.

En el caso de la PBP, como ya hemos comentado, la frecuencia que ha resultado válida en la experiencia clínica es la semanal.

1.4. Duración del tratamiento

Fijar el tiempo de duración de la psicoterapia suele venir determinado por la presión asistencial del entorno institucional. Pero no debería ser el único factor. Debería tenerse en cuenta también como recurso terapéutico de elección propio para algunos pacientes.

En cuanto a la duración de la psicoterapia breve varían las opiniones y experiencias de los autores. Desde el límite de tiempo sostenido por Mann, de doce sesiones (tres meses) hasta la propuesta de Malan (1976) que cita la cifra utilizada por la Clínica Tavistock de veinte sesiones para un terapeuta experimentado y treinta para uno en formación. Pinkus (1978) considera dos modalidades de duración: 1) Entre ocho y diez sesiones (incluidas las entrevistas diagnósticas). Por la definición que dimos de PBP, cabe la duda que en un plazo tan corto pueda tener lugar un proceso terapéutico por lo que más bien tendería a considerar estas ayudas como «intervención psicoterapéutica» o «entrevistas psicoterapéuticas», como las describo en otra parte (A. Pérez–Sánchez, 1997), que

psicoterapia propiamente; y 2) veinticinco sesiones (seis meses) que toma como ciclo terapéutico que puede repetirse según las necesidades del paciente. La objeción que se puede hacer a esta segunda opción es que cabe el riesgo de que sea una forma de «actuación» de paciente y terapeuta frente a una terminación no resuelta, a menos que la reanudación del nuevo ciclo se plantee una vez transcurrido un tiempo suficiente, al menos un par de años.

En nuestra experiencia inicial, planteamos módulos de duración hipotéticos que varían entre tres meses como mínimo y un año como máximo, siendo la unidad de referencia el trimestre. Así acordamos establecer períodos de tres, seis, nueve y doce meses. Pero si nos fijamos en la Tabla 3.1 del capítulo III que refleja la muestra de 27 «psicoterapias terminadas», veremos que una mayoría tuvieron una duración de 12 meses: 17; y 7 más duraron en torno a ese tiempo, bien sea por encima de los 12 meses (13 meses: 2; 14 meses: 1; 15 meses: 1) o por debajo (11 meses: 3; 10 meses: 1; 9 meses: 1). Las de períodos más cortos son de 6 (1) y 7 meses (1). También hice referencia en el capítulo V, sobre Focalización en un caso de tres meses. En cuanto al número de sesiones, ha variado en función del tiempo, pero incluso en las que duraron 12 meses hay una ligera diferencia, dependiendo de que hubiera coincidido en fiesta el día asignado a la sesión, o la coincidencia del inicio o vuelta de los períodos vacacionales con los días de sesión. En todo caso, el número de sesiones oscila en torno a las cuarenta.

Por lo tanto, en PBP hemos tomado como referencia óptima de duración el tiempo de un año. La disminución de ese tiempo puede hacerse en función de los objetivos y técnicas empleados, como ya he dicho. Por ejemplo, un período de nueve, seis o tres meses deberá tener en cuenta algunas modificaciones técnicas, como son: delimitar mucho el foco de tratamiento y tener más en cuenta la elaboración de la separación desde el principio.

Teniendo en cuenta la cortedad de la experiencia en PBP, es deseable que el inicio del tratamiento no se produzca muy cerca de una de las interrupciones vacacionales. Ya vimos que en alguno de los pacientes que interrumpió en el proceso diagnóstico no se tomó esta precaución; y en el mejor de los casos, el trabajo realizado antes de las vacaciones resultó prácticamente nulo, siendo después de las mismas cuando empezó la auténtica tarea terapéutica. Las ansiedades de una separación tan cerca del inicio de la experiencia entorpecen todo intento de profundización, lo que puede dar lugar, además, a actuaciones por parte del paciente, durante el intervalo sin sesiones.

Al hacer el planteamiento de la duración de la psicoterapia, habrá que tener en cuenta la idea que el paciente pueda tener sobre ello. Por una parte, existe un factor sociocultural, es decir, la noción del tiempo respecto de realizar una actividad como la psicoterapia, según la información recibida. Un año puede ser un período largo para un ama de casa, mientras que para un estudiante universitario que ha leído u oído sobre psicoanálisis o psicoterapia, no le extrañará e incluso podría parecerle corto. De todas formas, este factor pronto queda en segundo lugar cuando el paciente puede implicarse en el tratamiento. Y en todo caso, lo que subyace es la fantasía inconsciente del paciente respecto de su dolencia psíquica como para creer que «lo suyo» se resolverá «pronto», o, por el contrario, necesitará mucho tiempo, tanto que no será posible tratarlo en ese tiempo, como vimos en «El hombre de los petardos». En parte tuvo razón, porque el período inicial que se le propuso de 9 meses hubo que alargarlo hasta un año, pero luego se pudo mantener ese período a pesar de la relativa presión del paciente para prolongarlo. Por otro lado, fue muy significativo con este paciente que en una de las entrevistas de seguimiento adujera como argumento de lo logrado en el tratamiento haber aprendido a «valorar el sentido del tiempo, en cuanto que las cosas que se desean no se pueden obtener enseguida, sino que requieren tiempo». El de un año fue suficiente, a pesar de su escepticismo inicial.

En el chico del caso IV («Identidad masculina y Edipo no resuelto»), cuando la terapeuta le planteó la duración de un año respondió «si lo veía tan mal», cuando resultó enseguida evidente que él mismo se veía mal como para necesitar el tiempo suficiente.

2. El proceso psicoterapéutico en PBP

En el Esquema 2.2 del capítulo II, muestro las diferencias entre proceso psicoanalítico, proceso psicoterapéutico y proceso asistencial. Ahora recordaré someramente algunas ideas para relacionar el proceso con la PBP. El proceso psicoterapéutico es el que tiene lugar de manera individualizada entre el paciente y el profesional que se vincula con él a través de una determinada práctica psicoterapéutica (de base psicoanalítica). Esto quiere decir que el vínculo establecido entre uno y otro es de tal naturaleza que, por su intensidad, permite al terapeuta elucidar algunos aspectos de la vida inconsciente del paciente. Ello precisa de un marco específico, el correspondiente al *setting* de cada psicoterapia. Por supuesto, que incluimos aquí las psicoterapias colectivas: la grupal y la familiar. El proceso psicoterapéutico implica tiempo para que se establezca una relación; y una frecuencia determinada para que se desarrolle un vínculo de suficiente intensidad que permita ponerse en contacto con los aspectos más difíciles del paciente.

En cambio, hablamos de proceso asistencial cuando la relación se establece entre paciente o situación asistencial, por un lado, y el profesional o profesionales de un equipo terapéutico, por otro. Ciertamente, el vínculo que se establece aquí no es de la intensidad que se crea en el proceso psicoterapéutico, sin embargo, existe una continuidad en el tiempo, así como un encuadre determinado por el plan terapéutico establecido que permite categorizarlo como proceso. Aquí, los vínculos son múltiples puesto que pueden incluir dentro de un mismo proceso los del paciente con varios profesionales, con los que tiene relación por su participación en diferentes recursos terapéuticos y asistenciales (psicoterapeuta, psiquiatra, psicólogo y trabajador social, por ejemplo); además, dentro aún del mismo proceso pueden estar incluidos algunos familiares del paciente, o personas próximas significativas en la vida de éste, que a su vez mantienen una relación con el equipo, de manera directa, (al participar en alguna actividad terapéutica de ayuda, por ejemplo, el «grupo para familiares de pacientes») o indirecta, por su función de «acompañante». Cuanto más grave es el paciente, más compleja es su atención psiquiátrica, de ahí que hablamos de «situación asistencial». Y compleja también es la respuesta terapéutica. No obstante, parece necesario tener una idea de conjunto de esos diferentes vínculos terapéuticos que permita obtener indicios del progreso asistencial o no. A ello se refiere la idea de proceso asistencial.

En lo que ahora nos ocupa, el proceso psicoterapéutico, y de manera particular en PBP, habrá que ir viendo la actitud y postura de cada uno de los dos miembros de la pareja terapéutica frente a los dos elementos fundamentales y específicos de la PBP: la focalización y el tiempo; además de frente a la asociación libre en el paciente y la atención flotante e intervenciones en el terapeuta

Al inicio, corresponde a la responsabilidad del terapeuta el establecer con claridad la limitación del tiempo, aunque en los términos anteriormente señalados. Más adelante, el terapeuta podrá dejar a un lado esta cuestión para interesarse por el trabajo del foco terapéutico. Y finalmente, reasumirá de nuevo una mayor responsabilidad en incluir, junto al foco, este otro elemento del encuadre: la limitación del tiempo; tanto mediante la interpretación, ayudando a elaborar el duelo por la terminación, como por la señalización directa de las fechas de finalización.

La propuesta de un plazo de tiempo prefijado de antemano, al principio despierta reacciones diferentes según los pacientes. Lo más frecuente, si el paciente no tiene información previa sobre las psicoterapias, es que la propuesta de un año es recibida con cierta alarma y resistencia, interpretando que es mucho tiempo, y debe ser porque su malestar es muy grave. El caso III y el IV respondieron así. A veces, como en el caso V, ocurre más bien lo contrario que están convencidos de lo irresoluble de su problema que consideran ilusorio pensar que en un plazo de tiempo determinado puedan recibir ayuda.

Pero tanto la idea de que un año es mucho tiempo como la de que es un lapso que pasa enseguida, muy pronto queda desmentida por la propia experiencia de los pacientes. El tiempo «real», acaba siendo ni tanto, ni tan poco. No es tanto, porque cuando han transcurrido unos meses, el paciente toma conciencia de que los problemas siguen siendo difíciles de modificar. Ni es tan poco, porque cuando se ha llegado casi al final del tratamiento, puede observar, cuánto ha «madurado» (caso V) o «cambiado» (caso VI, a continuación) en este tiempo. Un año, aproximadamente, da de sí más de lo que uno puede imaginar, aunque menos de lo que uno desearía. Y en cualquier caso permite dar cabida en muchos pacientes al foco terapéutico planteado.

Una vez aceptada esa realidad del tiempo, y si el paciente se ha interesado por su tratamiento, lo que suele ocurrir bastante pronto es que no aparecen referencias a lo temporal. Es como si se hubiera olvidado este elemento de la realidad del encuadre. Fenómeno, dicho sea de paso, que hemos observado que también le sucede al terapeuta. Y bien lo olvida inconscientemente, o si lo tiene presente, no encuentra la manera de

hacerlo explícito al paciente. Aparentemente, parecería una negación de un aspecto importante del encuadre al servicio de las defensas contra el tratamiento, en concreto las ansiedades de separación, lo que al ser compartido por el terapeuta puede constituir un *acting–out* conjunto, o sea, una colusión. Las discusiones habidas en el grupo del equipo inicial que trabajó la PBP y la experiencia posterior, nos permiten ofrecer otra reflexión. Si somos consecuentes con la idea de que la psicoterapia es un proceso, tal como lo definíamos poco antes, no debería considerarse necesariamente defensivo el olvido del tiempo y de la fecha de terminación. Al contrario, pensamos que para que sea posible el proceso ha de tener lugar el establecimiento de una relación, un vínculo entre paciente y terapeuta. Para que surja la preocupación por la terminación, es previo que se instaure una relación. Por lo tanto, en mi opinión, es más bien deseable que en el trascurso del proceso psicoterapéutico exista una etapa de olvido del dato de la duración fechada del tratamiento. De otro modo, creemos que la presencia continua o muy frecuente del factor tiempo, con las ansiedades correspondientes, puede resultar un elemento perturbador para la consolidación de la relación terapéutica.

De manera aleatoria y con fines didácticos, podemos distinguir unas etapas del proceso psicoterapéutico, cada una de ellas con sus características propias en cuanto el estado en que se encuentra cada uno de aquellos elementos: focalización, factor tiempo, asociación libre por parte del paciente; y por parte del analista las modificaciones técnicas en cuanto a la atención flotante y trabajo interpretativo.

2.1. Etapa diagnóstica y de indicación de psicoterapia

Creo que es posible diferenciar esta etapa por sí misma. Las condiciones de encuadre son diferentes que las establecidas una vez acordado e iniciado el tratamiento. La relación entre terapeuta y paciente está presidida por la ansiedad inicial de la demanda del último, con las expectativas de curación, o la desconfianza de conseguirla. En realidad, se trata de un proceso previo al proceso psicoterapéutico propiamente; por ello prefiero hablar de «proceso» diagnóstico. Tiene su evolución y objetivos propios a conseguir. Es responsabilidad del paciente plantear la demanda, es decir, aquello que le ha llevado a consultar, de la mejor manera que pueda. Durante unas cuantas entrevistas, el terapeuta procura tener el conocimiento del paciente que permita configurar los conflictos y rasgos sobresalientes de su personalidad. También es objetivo del terapeuta escoger la indicación

terapéutica que considere más adecuada para las necesidades y posibilidades del paciente (tanto internas como externas). Por último, el terapeuta explica las condiciones del tratamiento o intervención terapéutica escogida y reclama la opinión del paciente. Es responsabilidad de éste, siempre en la medida de sus posibilidades y limitaciones psicopatológicas, aceptar el compromiso para el tratamiento propuesto. También incumbe, en el caso de la PBP, a la responsabilidad del terapeuta el esfuerzo por delimitar algún área de conflicto predominante del paciente para focalizar en ella la propuesta a trabajar y comunicársela al paciente. Este podrá asumir su responsabilidad en cuanto a la comprensión y aceptación de esa focalización. Y por último las condiciones del tratamiento, como duración de las sesiones, duración total del tratamiento como partes del método terapéutico propuesto por el terapeuta serán requisitos necesarios para que pueda desarrollarse un proceso psicoterapéutico.

Es importante, para el curso de la psicoterapia, estar atento a las expectativas del paciente respecto del tratamiento, para adecuarlas a los objetivos propuestos por el terapeuta, y así disminuir las idealizaciones y expectativas mágicas. También servirá para revalorizar la psicoterapia, paradójicamente, si se aceptan sus limitaciones en lo que se ha focalizado.

2.2 Etapa de establecimiento de la relación terapéutica

Probablemente el paciente tenga dificultades para aceptar las condiciones artificiales del encuadre, sobre todo una vez que al sentirse atendido haya podido disminuir la angustia inicial, si no era demasiado acusada. Entonces surgen dificultades para aceptar la frecuencia de las sesiones o el tiempo de duración de cada una de ellas. Es un momento en que el vínculo terapéutico es aún más frágil que en el proceso diagnóstico. De ahí que sea necesario que el terapeuta asuma una mayor responsabilidad en el mantenimiento del encuadre: recordando la necesidad de cumplir con las condiciones establecidas para que sea posible la ayuda; recordando la focalización o temas centrales que se hayan determinado en el diagnóstico; y apelando, en definitiva, a la necesaria colaboración del paciente (de sus capacidades adultas y sanas). Y además, en esta etapa, quizá sea especialmente necesario desvelar las fantasías y temores del paciente sobre varios aspectos: las expectativas mágicas de curación, en consecuencia la actitud pasiva que lo espera todo del terapeuta, los temores respecto de intervenciones inadecuadas del

terapeuta y posibles perjuicios, intencionados o no (desvelamiento de ansiedades paranoides, presentes aún en pacientes neuróticos, aunque sea en niveles mínimos). Por el contrario, pueden aparecer expectativas negativas que es importante descubrir, también, como vimos en el caso de «El hombre de los petardos». Por tanto, en esta primera etapa, una tarea primordial es la de intentar establecer un vínculo con el paciente en base a la tarea que ha reunido a ambos: ayudar a éste.

2.3. Etapa intermedia

Paciente y terapeuta han vivido el tiempo suficiente de tratamiento como para tener una mínima confianza básica mutua para el desarrollo del proceso terapéutico. En este momento, el paciente estará menos preocupado por las ansiedades paranoides del inicio. La focalización de sus conflictos puede que no ocupe el tema central del tratamiento, o en todo caso no se siente la necesidad de tener que hablar de ello, puesto que hay más confianza para hablar de aquello que preocupe en el momento de la sesión. También, avanzada esta fase y en la medida que las cuestiones focalizadas se han tratado de manera predominante, el paciente trae otras cuestiones que se derivan de la anterior, es lo que ya describí como deslizamientos del foco, bien sea a niveles diferentes del establecido al principio o hacia otras áreas de la vida relacional del paciente. Habrá que estar atento al riesgo de dispersión de focos, como ya vimos, puesto que podría quedar inundado el proceso psicoterapéutico por muchos temas que no serán posibles tratar en las condiciones establecidas de una PBP. Si no es así, ese desplazamiento del foco puede ser un indicador de evolución favorable del proceso terapéutico. Se espera que ello tenga su reflejo en las manifestaciones clínicas y sintomáticas del paciente. Así lo ilustra el material clínico de «Histeria y conflicto materno», y el de «La mamá híper–responsable» en el capítulo V. Así como en los dos casos que se exponen más adelante; uno, a continuación, y el otro en el próximo capítulo dedicado específicamente a la etapa final del proceso terapéutico, dada su importancia en PBP.

3. Material clínico: Caso VI. «La esposa resentida»[19]

Entrevistas diagnósticas

Mujer de 39 años, derivada por neuropsiquiatra de zona. Se muestra sincera. Se aprecia modificación en su actitud en las entrevistas desde la primera a la última. En la *primera,* predomina una actitud quejosa contra las personas de su entorno familiar que esperan que ella asuma más responsabilidad de la que le corresponde. *Trae* a la paciente que sufre, que se siente desbordada por tanta carga, reconociendo que no es capaz de encontrar salida por sí misma. Se queja de que no recibe apoyo de su pareja. Los aspectos infantiles están proyectados en los propios hijos y en el marido. En *la segunda entrevista* aporta buenas figuras que han estado presentes en su vida y que le han ayudado a salir de situaciones difíciles. En la *tercera entrevista* se mantiene la evolución positiva de la actitud de la paciente: se muestra más esperanzada, y reconociendo el apoyo que supone el terapeuta. Ha disminuido algo el resentimiento inicial. En la *cuarta y quinta entrevistas*, se pone de manifiesto el aspecto omnipotente en su deseo de tener otro hijo, cuando, dadas las circunstanciales actuales, existen dificultades para asumir los dos que ya tiene. Muestra preocupación por su pasado, por no haber tenido infancia, ni juventud. Ha podido decirle a su marido que no está segura de quererle. Al inicio de la última entrevista expresa estar algo mejor.

Supervisión. Se valora que la evolución positiva de la paciente en el curso de las entrevistas, en el sentido de experimentar una cierta mejoría, puede responder a un doble motivo. Por un lado, al sentirse escuchada, atendida y, en alguna medida, comprendida, valorando las aportaciones del terapeuta y confiando en sus capacidades. Por otro lado, estar mejor viene a significar que no necesitará mucho del terapeuta, que ella ya puede cargar con sus cosas como ha venido haciendo desde siempre, incluso asumiendo las de los demás. Pero hacia el final de las entrevistas puede acercarse a sus propios sentimientos, como los de celos, aunque alterna con sus quejas respecto del marido que se muestra necesitado, proyectando en él sus aspectos infantiles.

Focalización: Se le explica que viene desbordada por tener que asumir más carga en su vida de la que podría corresponderle a su condición de madre y esposa. Que ese hecho, no se debe tan sólo, quizá, a lo que para ella está claro, la cierta desidia del marido, sino a además, a su tendencia a responsabilizarse de los problemas y necesidades de los otros más allá de lo que corresponde. Y probablemente, todo eso tiene que ver con

su historia infantil, pues como ella dice no ha tenido infancia ni juventud. Pero la cuestión parece ser que a ella le ha resultado difícil aceptarse como niña, es decir, con sus necesidades infantiles, y por el contrario, ha predominado el sentirse la que puede con todo, aunque en ello hubiera contribuido, en parte, la realidad externa (marido algo dependiente).

Proceso psicoterapéutico

En las primeras sesiones aparecen *tres cuestiones*: la primera es una cierta confusión con su hija adolescente. El hecho de que ella no hubiera vivido su adolescencia, como nos ha dicho, le genera conflictos al relacionarse con aquella, pues trataría de vivir y resolver a través de la hija lo que ella no pudo. La otra cuestión que plantea enseguida es la desconfianza en la capacidad del marido como pareja y padre de los hijos, lo que le lleva a pensar en la posibilidad de separarse. La tercera cuestión que aparece es respecto del terapeuta, pues ante la situación anterior existe el riesgo de que busque la complicidad de éste para «expulsar» al marido, aunque también teme cargarle demasiado, pues, al mismo tiempo, existe su tendencia a desconfiar en la capacidad del otro para hacer cosas por ella.

S–3 y S–4

«Confiesa» la relación que mantuvo con otro hombre, también poco capaz, poco responsable, cuando la hija tenía un año. Ésta era fruto del actual marido quien la abandonó cuando ella estaba embarazada. Él contrajo matrimonio con otra mujer, y al cabo de unos años la paciente lo encontró por la calle y de manera casi vengativa mantuvo relaciones sexuales con él, y le propuso juntarse de nuevo. La paciente se siente contenida en la psicoterapia, y se admira de que el terapeuta pueda soportarlo, pues resulta una experiencia nueva para ella, el hecho de que otra persona pueda estar escuchando y aguantando sus dudas, sus malestares, etc.

Supervisión. *Se le hace difícil reconocer que el objeto tenga capacidad para ello, pues no ha tenido esa experiencia, ni tal vez se la ha permitido vivir. Ahora parece reconocerla y aceptarla.*

S–5 y S–6

Se queja de que la psicoterapia no funciona, por los resultados de análisis de sangre con cifras alteradas de colesterol.

Supervisión. Se queja del otro que no muestra toda la capacidad de hacerse cargo de sus cosas cuando necesita ayuda, al tiempo que le cuesta aceptarla. En esta situación, la lectura que se hace es que «la subida» del colesterol indicaría no tan sólo una anomalía biológica de su organismo sino la fantasía inconsciente de que el terapeuta tal vez no ha detectado con suficiente claridad que ella tiende a «subirse» por encima de los demás.

S–7 y S–9

En *S–7*, *sueño maníaco*: ella se encuentra volando en un paisaje maravilloso. La realidad: un marido incompetente al que sedujo para vengarse y dominarlo. El conflicto: satisfacción en mantener al marido dependiente y queja de su poca capacidad y lo poco que ella le valora. En la *S–9 se* siente *mejor* porque «*puede parar y pensar»* las cosas. Trae sueños en los que aparecen situaciones de conflicto que en otros momentos la hubieran llevado a realizar actuaciones. Disminuye la omnipotencia, lo que se conecta con la experiencia terapéutica en la que el terapeuta la atiende no de manera omnipotente, pero sin ser impotente, sino de forma realista.

S–10 a S–12

Sentimiento de culpa por haber actuado la venganza y el resentimiento contra el marido. Aporta de nuevo la situación que ya informó en las entrevistas, entonces de manera disociada: La rabia y el resentimiento por ser abandonada por el marido cuando estaba embarazada de siete meses, lo que pudo vengar al encontrarlo, estando él casado, consiguiendo que volviera con ella: ella «le pudo» (sic), logrando que se separara de la que era su esposa. Más tarde se ha enterado, indirectamente, del daño que sufrió esta mujer, y le sabe mal. Trae un *sueño en el que no puede conseguir lo que quiere*. *Comentarios***:** En esta sesión se aprecia un cambio importante en un doble sentido. Por un lado, el reconocimiento de los sentimientos de culpa por la actuación vengativa, y por otro, el sueño muestra la disminución de la postura omnipotente.

S–12

No acude a la anterior sesión. Hoy dice que ha hablado con el marido, y tolera mal las críticas de éste. Se aprecia un clima de cierta seducción (indirecta) en la relación terapéutica (terapeuta masculino).

S–13

Sigue centrada en el resentimiento contra el marido por haberla abandonado con una hija, lo que ocasionó un perjuicio doble, a ella que se quedó sin marido, y a la hija que perdió un padre. Por esto también le cuesta aceptarlo como padre, y está más pendiente de sus deficiencias en este sentido. La paciente tiene dificultad para querer a su hija adolescente por ser fruto de aquella relación, comenta.

S–15

Ha empezado a trabajar. Aprecia un cambio en ella misma: se toma las cosas con más calma. Reconoce que el marido es más capaz de lo que ella suele aceptar. Dice, bromeando, que «la psicoterapia también le ha cambiado al marido». Pero se siente frustrada como madre de la hija mayor. Aunque ahora puede poner más orden y ser más realista en las relaciones con ella.

S–16

Antes quería respuestas rápidas ante los problemas que se le planteaban. Está *sorprendida del cambio* de actitud que se está experimentando, porque ahora *puede pararse y reflexionar en las cosas*, en lugar de responder enseguida, actuando.

S–17

Cambios externos: nuevo trabajo, perspectiva de cambio de domicilio por cambio laboral del marido. Ayer mal, «como un reloj de arena, con la arena que se desparrama», pero hoy ya se encuentra mejor.

S–18

Se siente ilusionada con los planes de *cambio externos* pero no se engaña. Se da *un año de plazo para ver si funciona la pareja*.

S–19

Se encuentra mal físicamente, no sabe si será algún virus. Considera que ha cambiado al venir aquí aunque ha sido duro: comparte más cosas con el marido. Está pendiente el trasladarse a otro pueblo (por el trabajo del marido y próximo a la ciudad). Ello supone que también se separará de la hija que quedará con los abuelos (padres de ella), por los estudios.

Supervisión. La paciente disocia el dolor mental ante estos cambios que se avecinan, experimentándolo en el cuerpo.

S–23

Aspecto depresivo sano. Cansada por el traslado. Lloró. Se preocupa por los hijos: pena de separarse de la mayor, más valoración de la capacidad paterna del marido. Aceptó que el marido se quedara a solas con la hija, hablando, cuando antes siempre debía estar ella presente.

Comentario: Esta sesión muestra *insight*, pues conecta su estado depresivo con el hecho de la separación de la hija, así como con disminuir su omnipotencia de que ella era la única mamá–papá de casa.

S–25

Desanimada. Sigue cansada por el traslado. Le gustaría despertar y que ya hubiera acabado el tratamiento. «No pensaba que fuera tan difícil el cambio interno». Pero al mismo tiempo, reconoce que se humaniza con el marido y esa comprensión y tolerancia (como la separación emocional de la hija) requiere esfuerzo emocional.

S–26

Sigue cansada.

Supervisión. Se queja, pero ahora no es por resentimiento, sino por el esfuerzo emocional que requiere el cambio personal interno. Por ejemplo, la psicoterapia le ha proporcionado una perspectiva diferente de sus relaciones, al perder ella el protagonismo y dárselo más al marido, cuando corresponde: acepta que el marido ocupe más espacio en la nueva casa (que tenga su despacho, para su trabajo, por ejemplo), lo que viene a representar una *aceptación de que el marido ocupe más espacio funcional* (en su función paterna en la dinámica familiar, y en el mundo interno de ella).

S–27

(Última sesión antes de un mes de vacaciones de verano).

Supervisión. *Insight*: reconoce su actitud omnipotente: al pretender «ser director de orquesta y músico, a la vez», al referirse a la dinámica familiar, sobre todo ahora ante las vacaciones, es decir, sin sesiones. Pero se siente más unida a su marido, y encuentran tiempo para ellos dos.

S–28

(*Primera después de vacaciones*). «Muchos cambios». Se siente diferente, fuerte, *como si hubiera crecido un palmo*, «lo que no quiere decir –especifica– que se sienta

superior a nadie». No entiende que desde que empezó la psicoterapia, hace ahora diez meses, haya podido cambiar tanto en ese tiempo. Reconoce que acepta más al marido como padre de sus hijos, aunque le cuesta aceptarlo como pareja sexual, aunque sí existe una relación tierna, de compañía.

S–30

Tono depresivo. Ante las dificultades de su hijo púber (que presenta enuresis nocturna), se reactiva el resentimiento contra el padre (su marido) por el abandono, durante el primer embarazo. Pero *se siente fuerte* para seguir con las cosas de su vida. No se hunde, como en otras ocasiones. Tolera que no se recurra a la medicación, pues en algún momento apunta esa posibilidad.

S–31

Sesión de descarga. Reconoce que pone barreras cuando tiene necesidades que requieren del otro para satisfacerlas.

S–32

Avisa que no viene, por estar afectada de *«colitis»*, dice.

S–33

Se reactiva el resentimiento contra el marido, como siempre que aparecen dificultades con los hijos. *No le perdona*. Aunque ve que las cosas en su vida están más ordenadas, siente que no tiene fuerzas.

S–34

Sigue preocupada por la enuresis del hijo, culpando al marido. Se queja de la hija que se ha distanciado de ella, al vivir con los abuelos. Aunque ve todo muy difícil, una voz dentro de ella le dice que ha de seguir.

Comentarios desde S–28 a S–34. Desde la vuelta de vacaciones la paciente ha experimentado, por una parte, una mayor capacidad para hacer frente sola, durante las vacaciones de tratamiento, a los avatares de su vida («he crecido un palmo»). Por otra parte, en el curso de este mes y pico va apareciendo un cierto estado depresivo y malestar con alguna repercusión somática, la colitis que le impide acudir a la sesión. La vuelta de vacaciones supone también el inicio de la última etapa de tratamiento, a finalizar en diciembre del mismo año. La perspectiva de la terminación, comienza a

preocuparle. Hay sesiones en las que se siente fuerte, oscilando con otras en las que se le van las fuerzas. Ante las dificultades que le plantean los hijos, reaparece la tendencia a culpabilizar al marido por el abandono del primer embarazo. Es importante que en toda esta minicrisis el terapeuta haya podido mantenerse en su función. Es decir, ha tratado de escuchar y pensar en lo que la paciente comunica: procurando aportar alguna reflexión si es que podía ser de ayuda, y aceptando sin más cuando la respuesta se escapaba de sus posibilidades, tolerando esa situación de que no siempre se puede dar respuesta a las cosas que trae la paciente. Por ejemplo, ante la enuresis del hijo, salvo estar alerta a la recomendación de la posible ayuda que éste podría necesitar. Periódicamente, se activa el resentimiento contra el marido, no le perdona, es decir, no permitirá que el resentimiento cese, para así considerarlo a él como fuente de sus desgracias, y no tener que asumir responsabilidad alguna.

S–35

Elaboración de la terminación. Menos angustiada. Sigue planteándose si le convendría separarse de su marido. Las relaciones sexuales no acaban de ir bien. Se le interpreta en relación con la proximidad de la terminación de la psicoterapia. La paciente está de acuerdo. Comenta que con la psicoterapia ha podido recorrer un camino, pero ahora no sabe qué salida escoger.

Supervisión. Con este planteamiento, si bien la paciente reconoce la ayuda prestada, muestra su dificultad para separarse, en la medida que se vacía de sus capacidades al proyectarlas en el terapeuta, como manera de seguir «enganchada» a la relación. Ante la separación definitiva del tratamiento, acentúa las facetas conflictivas y difíciles existentes en su familia como una manera de poner a prueba al terapeuta. ¿Cómo responderá el terapeuta? ¿La abandonará como el marido, durante su primer embarazo, precisamente ahora que ella está «preñada» de problemas?

S–36

Supervisión. Intenta repetir la situación del comienzo de la psicoterapia, centrando el problema en la relación con el marido, en el sentido de pretender una alianza con el terapeuta para excluir al marido, esperando que apoye la separación de él. De esta manera la paciente intenta hacer vivir al terapeuta la situación que ella está viviendo: siente que no puede dejar al marido, espera que el terapeuta tampoco lo haga, respecto de ella en el tratamiento. Pero no puede expresar el enfado y la irritación contra el

terapeuta por el hecho de que se acabe la ayuda y tenga que continuar sola. Entonces confunde ambas situaciones, la de la relación con el marido y la relación terapéutica. Coloca al terapeuta en la posición que ella tiene fuera en la relación con el marido: la de que podría dejarlo para que el terapeuta haga lo contrario: que no la deje. O para colocarse ella en el lugar de quien deja, y así neutralizar el hecho de ser dejada por el terapeuta. Es necesario pues que la paciente diferencie ambas experiencias, al tiempo que pueda expresar esos sentimientos negativos contra el terapeuta, aunque reconozca la ayuda recibida.

S–37

Más tranquila, aunque a expensas de desplegar su energía en ocuparse de las necesidades de los demás. Se repite así la situación del inicio del tratamiento: ella es la imprescindible de la familia. Pero la diferencia es que, el que *siente a la familia disgregada*. Ahora no puede ser el punto de referencia, como antes. En esta sesión el terapeuta es más activo, hay más intervenciones. Y le muestra lo que habíamos visto en supervisiones anteriores.

S–39

Sigue la elaboración de la terminación. No vino a la sesión anterior por haber acompañado al hijo al médico. Ha tolerado bien el hecho de que el terapeuta no pudo cambiar la hora de sesión, como le pidió. Y ha introyectado esta firmeza. Reconoce los logros conseguidos en el tratamiento: siempre ha estado en función de los demás, y ahora puede reconocer que tiene intereses propios. «*Agradece el esfuerzo del terapeuta, por lo que supone haber mantenido durante 45 minutos de cada semana, de todo un año una postura imparcial, sin tomar partido, y que te enfrenta a las cosas y te hace pensar*... Eso lo encontraré a faltar… Tengo miedo, pero también me siento diferente».

Comentarios. Esta sesión muestra bien la *adecuada comprensión que la paciente ha tenido del proceso psicoterapéutico.* Lo que la paciente echará a faltar no es el consejo directo, o un lugar donde descargar, sino alguien que ha podido tolerar sus manifestaciones, de manera imparcial, para enfrentarla a sus problemas y hacerla pensar». Esos logros no están idealizados, pues reconoce, realísticamente, que tiene miedo, pero al mismo tiempo *se siente diferente*, es decir*, lo que ha cambiado es la introyección de esa experiencia de un objeto firme (terapeuta) que intenta enfrentar las dificultades para poder pensarlas, en lugar de pasar a la acción*.

S–41

(Penúltima sesión) Se continúa elaborando la terminación. No sabe si está contenta o no. Pero reconoce que ve diferente la relación con su hija, pues acepta su independencia (sigue viviendo con los abuelos) sin que esté bajo su control. No espera que las cosas se pongan en su sitio solas, sino que intenta ponerlas ella, cuando dependen de ella misma. Un ejemplo: antes lo aceptaba todo en función de las demandas de los demás, «ahora, pone en juego su propias necesidades». El terapeuta le señala que aceptar que la hija crezca sin la dependencia estrecha de ella, eso implica una evolución y un crecimiento en ella misma. Responde que se siente «*no eufórica, sino aliviada, serena, equilibrada*», palabras que raramente había utilizado en su vida para describirse a sí misma. Advierte también que no tiene las molestias físicas que en algún momento de la psicoterapia habían aparecido, como catarros o colitis. Explica el encuentro que ha tenido con un hombre que había sido «el amor de su vida», pero se da cuenta del mal trato que había recibido, se lo ha podido decir, y se ha sentido bien. Con el marido sigue sin tener mucho entusiasmo, pero de momento no quiere tomar decisiones (respecto de una posible separación). Y acaba esta sesión diciendo: «*Qué rápido pasa un año*».

S–42

(Última sesión). Serena. Siempre había creído que todo era culpa suya. Recuerda situaciones conflictivas con los padres de su marido, y con su hija, en las que puede discriminar lo que es responsabilidad suya de lo que no. Sigue considerando que la relación con el marido le aporta pequeños momentos de bienestar cotidiano. Ahora tiene equilibrio. Antes no sabía qué significaba esta palabra. Por ejemplo, compraba comida sin medida, ahora sólo la que necesita. Se despide dando las *gracias* al terapeuta, de manera sincera.

Comentarios. En la medida que ha disminuido la actitud omnipotente de que todo dependía de ella, ha decrecido el sentimiento de culpa, paralelamente. Ello permite que las responsabilidades queden compartidas, teniendo ella menos carga emocional, y por tanto puede experimentar ahora esos sentimientos que antes no conocía: serenidad (menos culpa) y equilibrio (responsabilidad más repartida). Es significativo también el ejemplo que aporta de adquirir sólo la comida que necesita, al haber logrado esa serenidad y equilibrio que le permite confiar en la posibilidad de ir abasteciendo su «despensa», su mente, en el curso de las relaciones.

4. Comentarios generales al Caso VI en relación al tiempo

Lo mejor para mostrar el sentido del tiempo terapéutico en PBP y lo conseguido en el mismo es que sea la propia voz de la paciente quien nos hable, para lo cual reproduciré algunos de sus comentarios entretejidos en el resumen de la evolución experimentada.

Los primeros tres meses de tratamiento está fundamentalmente centrados en el resentimiento de la paciente contra el marido a quien no le perdona que la hubiera abandonado, dejándola embarazada. Al no encontrar la complicidad del terapeuta para apoyar ese resentimiento, sino una disposición para mirar dentro de ella y pensar sobre su vida emocional, al final de ese trimestre la paciente dice que empieza a tomarse las cosas con más calma, al tiempo que puede reconocer en el marido unas capacidades que hasta ahora su resentimiento no le permitía, diciendo medio en broma que «la psicoterapia también le ha cambiado al marido». En realidad, el cambio se ha producido en ella, que puede percibir al marido de otra manera en la medida que el resentimiento ha perdido fuerza, aunque no haya desaparecido. Pero en la sesión siguiente (S–16), reconoce más claramente el cambio psíquico de esta manera tan elocuente: «Está sorprendida del cambio de actitud que se está experimentando, porque ahora puede pararse y reflexionar en las cosas, en lugar de responder enseguida, actuando».

Y poco después, cuando lleva cuatro meses y medio de tratamiento, se han experimentado varios cambios externos en la vida familiar de la paciente (trabajo del marido y de ella, cambio de domicilio), que si bien supone una mejora, no se llama a engaño de que fuera suficiente para que las cosas en su vida estén resueltas, en particular en lo que respecta a su relación de pareja, pues enseguida dice que «se da un año de plazo para ver si funciona la pareja». Es curioso que la paciente se emplace para el mismo tiempo que el propuesto en la psicoterapia, un año.

Entre el cuarto y el sexto mes de tratamiento siguen unas sesiones (*S–19* a *S–26*) de cierto cansancio, desánimo a veces, llanto, que podemos entender como un estado depresivo sano a consecuencia de la conciencia de los cambios internos que se están produciendo en ella, y de un mejor contacto con la realidad. El resentimiento ya no es el recurso siempre fácil para cargar al marido con todo lo que no va bien en su vida (de ella). La queja ahora ya no está ligada al resentimiento por el agravio del marido, sino por el esfuerzo emocional que supone el cambio interno. Ahora puede contactar con la pena ante la separación de la hija. Además, todas estas sesiones tienen lugar previo a la

interrupción de la psicoterapia durante un mes por vacaciones de verano. Es así que hacia el final de este grupo de sesiones, cuando se cumplen seis meses de tratamiento, la paciente puede decir: «No pensaba que fuera tan difícil el cambio por dentro».

Inmediatamente después de la vuelta de las vacaciones, la paciente puede decir que ha habido muchos cambios y que se siente más fuerte y que «ha crecido un palmo», bromea, y añade que «no entiende que desde que empezó la psicoterapia, hace ahora, diez[20] meses, haya podido cambiar tanto». Pero a continuación hay un período de un par de meses (el 7º y 8º mes de tratamiento, *S–28 a S–34*) en los que aparece un estado depresivo con ligeras manifestaciones somáticas digestivas. Frente a los problemas de su realidad familiar (la enuresis de su hijo, por ejemplo) reacciona con oscilaciones, a veces se siente fuerte, otras se reactiva el resentimiento contra el marido y la queja de no haber sido un buen padre que la abandonó cuando estaba embarazada. Si tenemos en cuenta que faltan un par de meses para la terminación de la psicoterapia, podremos relacionarlo con la misma. Así, la actitud del terapeuta de no entrar ni dejarse desbordar por esa «minicrisis», y conectarlo con el final del tratamiento, fue importante para dar muestra de su firmeza que la paciente pudo reintroyectar. Aunque la paciente sigue mostrando su dificultad para encontrar la «salida» del tratamiento. Y eso se pone de manifiesto cuando en la sesión 35 dice que *«ha podido recorrer un camino, pero ahora no sabe qué salida escoger*».

En la primera sesión del último mes de tratamiento (S–39) la paciente sintetiza muy bien el proceso psicoterapéutico en relación al tiempo, al expresar su agradecimiento por el esfuerzo del terapeuta «*por lo que supone haber mantenido durante 45 minutos de cada semana, de todo un año una postura imparcial, sin tomar partido, y que te enfrenta a las cosas y te hace pensar*...». La paciente ha comprendido bien en qué consiste la psicoterapia, en cuanto a ayudar a enfrentar las cosas y pensar sobre ello, y que para eso el terapeuta ha debido mantener una postura imparcial; por ejemplo, evitando entrar en complicidad con ella contra el marido, o no entrando en la sutil erotización que en algún momento pretendió. Y en esa misma sesión, a continuación de lo anterior, dice la paciente: «*Eso lo encontraré a faltar... Tengo miedo pero también me siento diferente*». Hay pues un claro reconocimiento de la ayuda que ya no tendrá al terminar la psicoterapia, lo que le pone en contacto con ciertas ansiedades, por la inseguridad de si se mantendrá lo conseguido. Pero en lugar de dejar esa ansiedad para que le responda el terapeuta con lo que haya movilizado en él, la paciente misma a

renglón seguido añade «pero también me siento diferente», dando a entender que los cambios producidos en ella le permitirán hacer frente a sus cosas.

Y finalmente, en la penúltima sesión, un comentario muy significativo: «Qué rápido pasa un año». Lo que al inicio del tratamiento, en general, los pacientes suelen considerar que el lapso de un años es larguísimo, cuando llegan al final de «los 45 minutos cada semana durante todo un año», como decía esta paciente, para intentar cambiar algo internamente, se toma conciencia de que es un periodo mucho menos largo de lo pensado y que ha transcurrido rápidamente.

Capítulo VIII

Terminación en Psicoterapia Breve Psicoanalítica

Dado que en nuestro caso, como ya he dicho, la terminación de la PBP se plantea desde el inicio con un plazo fijo, como parte del *setting*, inevitablemente ha sido una cuestión que hemos tenido en cuenta desde el comienzo de la psicoterapia, aunque con las matizaciones que señalé al hablar del tiempo. En particular, que será necesario también durante una fase intermedia del proceso un cierto «olvido» de la fecha de terminación, tanto por parte del paciente como del terapeuta. En este capítulo revisaré la terminación desde la perspectiva de cada una de las tres amplias etapas en las que arbitrariamente podemos dividir el proceso psicoterapéutico. En realidad, se trata de una ampliación de lo que ya apuntaba en el capítulo anterior, al hablar del proceso psicoterapéutico en el marco del tiempo.

1. Terminación y etapas del proceso psicoterapéutico

1.1. Terminación y primera etapa: tiempo prefijado

Incluyo aquí tanto el proceso diagnóstico como los primeros momentos del proceso psicoterapéutico propiamente. En realidad, se trataría de los factores que conviene tener en cuenta al establecer la indicación de PBP, en función específicamente del hecho de la terminación. Para ello, Bellak (1969) propone tener en cuenta las capacidades de tolerancia del paciente a la frustración. Malan (1961) y Braier (1981) sugieren investigar la capacidad para soportar las experiencias de separación y duelo.

Pero además, es importante atender al momento vital y evolutivo de cada paciente y a la situación psicosocial en que se encontrará durante el tiempo de tratamiento. Por ejemplo, si se trata de un adolescente habrá que considerar, además de los conflictos centrales en los que se está trabajando, el cómo está viviendo su crecimiento, en el caso de que el problema focalizado no esté en relación con ello. Otras previsibles circunstancias vitales del paciente pueden ser, por ejemplo, el embarazo de unos meses en el momento de la consulta, donde la propuesta de un año de psicoterapia, obviamente, se verá interrumpida, por el parto y primeros cuidados del hijo. En este caso, tal vez convendría acortar el período de tratamiento hasta la fecha del parto y dejar para después, si es que fuera necesaria, una posterior ayuda.

El grado de estabilidad del contexto psicosocial, tanto en el ámbito familiar como en el laboral o académico puede dificultar la terminación. En el caso de que existan factores de riesgo: una familia con miembros enfermos que establecen una relación patológica con el paciente, o un ámbito laboral inestable habría que tomar alguna medida para que, una vez acabada la psicoterapia, tales factores no perjudiquen los logros conseguidos. Por ejemplo, contemplar la posibilidad de ayuda psicológica puntual o psicoterapéutica de algún miembro de la familia.

Por otra parte, cuanto más capaz sea el paciente de comprender y aceptar el foco terapéutico propuesto, y cuanto más apto para «ceñirse» al mismo, menos dificultades deberemos prever ante la terminación. Esto es así en la medida que la capacidad de focalizar del paciente expresa una fortaleza yóica, pero además, porque a la hora de finalizar habrán quedados menos cuestiones abiertas.

Aunque es inevitable que entre paciente y terapeuta no coincidan las expectativas de los logros del tratamiento, parece importante que no exista un excesivo desfase, no sólo para evitar deserciones o desvinculaciones prematuras del paciente (Fiorini, 1973) sino para que a la hora de elaborar la terminación, la decepción por lo «poco» conseguido no se convierta en un obstáculo. Aunque habrá que recordar también que el propio psicoterapeuta, sobre todo si tiene experiencia en psicoterapia psicoanalítica de larga duración ha de limitar sus expectativas, realizando un esfuerzo de tolerancia en aceptar las limitaciones de la realidad, tanto del encuadre de la PBP como de la demanda, expectativas y posibilidades psíquicas del paciente.

También conviene fijarse en que la fecha de terminación no esté precedida por un período de vacaciones del terapeuta, sobre todo las de verano. Por ejemplo, finalizar en septiembre o incluso en octubre, habiendo hecho vacaciones en agosto supone anticipar la terminación, quedando interrumpida la elaboración de la misma, y con muchas más dificultades para retomarlas a la vuelta, pues sólo quedará uno o máximo dos meses para ello.

1.2. Terminación y etapa media: «olvido» del tiempo

Hay autores, como Malan (1963), que entienden las resistencias iniciales en psicoterapia breve como defensas antes las ansiedades de separación que despierta la terminación ya anunciada. Como ya mencioné (capítulo V), en este sentido coinciden Farré, Hernández y Martínez (1992) al considerar la elaboración del duelo por la terminación como el segundo foco terapéutico, al que denominan foco «universal».

Por nuestra parte consideramos, como ya vimos en el capítulo anterior, que el hecho de que la terminación sea conocida desde el comienzo del tratamiento no necesariamente debe implicar tratar las ansiedades de separación desde el inicio. Es cierto que dependerá de cada paciente tener en cuenta, tanto en esta fase como ya en la primera, las ansiedades de separación. Pero si el paciente hace mucha referencia a esa cuestión, consciente o inconscientemente, que interfiere para atender los problemas que hemos decidido tratar, más bien habrá que pensar que no es adecuada la indicación de esta psicoterapia. Y de hecho tales resistencias cabría interpretarlas como una defensa, no tanto frente a la anunciada terminación, como ante las ansiedades por el inicio de la

nueva relación terapéutica. Es decir, lo desconocido de dicha relación: la persona del terapeuta, así como los propios aspectos desconocidos de la personalidad del paciente.

Como ya dije, en nuestra experiencia hemos observado que tanto el paciente como el terapeuta «olvidan» la fecha de terminación. Y lo que, en un principio, atribuimos a una actitud defensiva de ambos frente a las ansiedades de separación, posteriormente lo consideramos un hecho necesario para el desarrollo de la relación terapéutica. En esta relación, como en cualquier otra de la vida cotidiana entre dos personas que se reúnen para realizar una tarea común, aunque sea en un tiempo limitado, necesitan primero aproximarse y establecer un mínimo vínculo. Como decíamos en el equipo de manera caricaturizada, antes de despedirnos del paciente debemos saludarnos. Por lo tanto, parece conveniente durante esta fase del tratamiento dejar a un lado el manejo de las ansiedades de separación, a fin de que paciente y terapeuta encaminen sus esfuerzos a «construir» la relación, precisamente trabajando en el foco terapéutico acordado.

Estamos de acuerdo con la mayoría de autores en evitar el fomento de la regresión, ya que ello entorpecería la separación de la terminación. En este sentido evitamos la actitud excesivamente pasiva y neutra del terapeuta, compatible con una actitud de escucha.

1.3. Terminación y etapa final. Fase de terminación propiamente. Inicio de la elaboración del duelo por el final

Constituye la etapa de terminación propiamente y donde ha de llevarse a cabo la elaboración de la misma. La duración de esta etapa dependerá del tiempo de duración de toda la psicoterapia. Por ejemplo, para un tratamiento de un año nos ha servido de referencia emplear el último trimestre para ello. Si son seis meses, tal vez bastaría el último o los dos meses finales. Son referencias aproximadas. Lo que pretendo enfatizar es la necesidad de contar con un tiempo suficiente que haga posible la elaboración.

Hay autores, como Mounier y Biodjekian (1983), que no proponen un plazo fijo de antemano, postulando que es el mismo paciente quien, transcurrido un tiempo que según su observación suele ser de un año, marca una inflexión en el tratamiento que anuncia la terminación del mismo. Y dejan a la entera responsabilidad del paciente la decisión de terminar. Pero si tenemos en cuenta las ansiedades que se despiertan al acercarse el final, no parece muy adecuada dicha actitud. Al contrario, más bien se hace imprescindible una responsabilidad del terapeuta en ayudar al paciente en la elaboración de la finalización del

proceso terapéutico. Sólo desde una perspectiva teórica en la que no se contempla la importancia de las ansiedades de vinculación y separación sería posible sostener aquella actitud.

Malan (1963) sostiene la necesidad de la interpretación sistemática de la transferencia negativa para esta fase del tratamiento. Argumenta que los logros terapéuticos y su consolidación dependen de que el paciente haya sido capaz de interiorizar a un terapeuta valorado y útil, lo cual presupone, en lo que estamos de acuerdo, que se hayan podido examinar mínimamente los aspectos negativos de la relación. Este mismo autor, basándose en su experiencia de estudio de casos (Malan, *op. cit.*), sugiere que se emplee al menos un treinta por ciento del proceso terapéutico en elaborar la terminación. Y lo apoya con la reflexión de que en las psicoterapias prolongadas, las experiencias reiteradas de separación habrán hecho posible una mayor elaboración de los duelos correspondientes, mientras que en la psicoterapia breve, en cambio, no habrá habido tantas oportunidades, por lo que se presentará con más intensidad, y de ahí la mayor dedicación de tiempo a tratarlo.

Según nuestra experiencia, el hecho de la brevedad de esta psicoterapia no posibilita un vínculo terapéutico tan intenso como el que se crea en la de larga duración. En consecuencia, los fenómenos relacionados con el duelo disminuyen de fuerza. Y eso que en nuestro caso la duración de los tratamientos, como ya dije en el capítulo anterior, suele ser superior que la propuesta en la experiencia de Malan.

De acuerdo con nuestra práctica en PBP, las cuestiones que nos han parecido más relevantes para una adecuada terminación son las siguientes:

a) *Una evaluación de los resultados* conseguidos, realizada por el paciente con la ayuda del terapeuta, al contrastarla según su perspectiva. Dicha evaluación supone verificar ahora las expectativas conscientes que se verbalizaron al comienzo de la psicoterapia, mediante la focalización, pero sobre todo las inconscientes. Aunque es una tarea a realizar prioritariamente en función del paciente, el terapeuta también debe examinarlo para sí mismo. Debe revisar las propias expectativas inconscientes que pudiera albergar al inicio y contrastarlas con los logros de los objetivos terapéuticos ligados al foco escogido.

b) La elaboración del duelo que comporta la inminente pérdida de la relación psicoterapéutica. Especialmente, para el paciente, aunque también para el terapeuta, en alguna medida.

c) El reconocimiento, por parte del paciente, de la adquisición de una capacidad para asumir la responsabilidad de hacer un uso adecuado de lo recibido, lo aprendido en el tratamiento, para un mejor funcionamiento.

d) Aceptación de las limitaciones de esta psicoterapia, así como de los objetivos logrados y del propio paciente. Lo que es aplicable también para el psicoterapeuta.

La experiencia también nos muestra que no siempre es posible llevar a cabo una elaboración del final atendiendo a todos los aspectos mencionados, ni que invariablemente se logre con igual intensidad. Y menos aún que sea siempre el paciente quien lo plantee. Pero sí que nos parece importante que el terapeuta los tenga presentes para trabajarlos, en la medida de lo posible, y facilitar al paciente que alcance algún *insight* sobre los mismos. En los casos clínicos expuestos de manera extensa, podemos ver cómo el propio paciente suele hacer una evaluación espontánea de lo conseguido. Eso fue así de manera destacada en los casos I, III, IV, V y VI, además de en el que expondré más abajo.

En cuanto a la evaluación de los objetivos terapéuticos alcanzados, hemos observado en nuestra experiencia diversas situaciones de entre las cuales señalamos unas pocas:

a) Se han conseguido los objetivos propuestos en función del foco terapéutico. El paciente se siente suficientemente satisfecho y ello no plantea más problemas ante la terminación, sino que, al contrario, es un estímulo para enfrentar la separación. Asimismo, el terapeuta también participa de esta satisfacción y puede dar por terminado el tratamiento.

b) Cuando los objetivos propuestos se han conseguido parcialmente. En tal caso, hemos tratado de examinar si ha sido debido a la estructura de personalidad del paciente, a un contexto psicosocial adverso o, por último, un insuficiente manejo del tratamiento por parte del terapeuta. En el primer caso, y cuando el tiempo de tratamiento inicial es inferior a un año, como ocurrió con el caso de «El hombre de los petardos», nos planteamos modificar el encuadre, alargando el período hasta doce meses. Cabe la posibilidad de que el foco terapéutico escogido sea suficiente pues las raíces del mismo incluyen, digamos, otras áreas que no serían posible abordar en el marco de una PBP. En tal caso, y en la medida de lo posible proponemos una psicoterapia de larga duración. Si se trata de un contexto psicosocial adverso procuramos indicar algún tipo de ayuda suplementaria a algún familiar, realizada, obviamente, por otro terapeuta.

c) Cuando, al acercarse el final, parecen haberse perdido los objetivos terapéuticos logrados hasta ese momento. Nos planteamos varias cuestiones. ¿Se trata de un fracaso temporal debido a una reacción regresiva del paciente frente a la terminación? ¿Es expresión de un fracaso más definitivo, en cuanto que los logros conseguidos eran de poca consistencia? Y aún, ¿es que los objetivos «esperados» por el terapeuta, más o menos inconscientemente, no se han cumplido, a pesar de los ciertos logros obtenidos por el paciente, por ser excesivas sus expectativas? Si se trata de una reacción regresiva del paciente frente a la terminación, la adecuada intervención del terapeuta para ayudar a elaborarla debería permitir recuperar los progresos alcanzados. En varios de los casos expuestos así sucedió: caso IV y V, especialmente. Si el problema reside en la frustración del terapeuta ante sus excesivas expectativas, deberá revisarlo y tolerarlo; con la ayuda de la supervisión o del trabajo en equipo, tal vez entienda que lo que considera unos logros demasiado pobres, se debe al tomar como referencia la psicoterapia psicoanalítica de larga duración, de mayores ambiciones terapéuticas.

d) Cabe también la posibilidad de que en el curso de la psicoterapia no se aprecie a penas progreso alguno. En tal caso, antes de llegar a la terminación habría que revisar si esta modalidad de psicoterapia no es la indicación adecuada, y proponer otra ayuda más idónea y viable. No tuvimos ningún ejemplo en la muestra a la que me estoy refiriendo. Pero no descarto que pueda ocurrir.

No obstante, si la indicación de psicoterapia se ha realizado con rigor, cuando en la etapa final surgen las dificultades e insatisfacciones del paciente, así como del terapeuta, por los logros del tratamiento, hemos optado prioritariamente por mantener las condiciones del encuadre en cuanto acabar en el tiempo acordado, antes de incurrir en precipitaciones de cambio de objetivos y/o prolongación del tiempo previsto que podrían suponer una «actuación» del terapeuta en colusión con el paciente.

Nos parece importante que durante las últimas sesiones el psicoterapeuta mantenga una actitud activa en cuanto a trabajar la terminación, que esperamos sea correspondida por el paciente, si el desarrollo del proceso ha sido suficientemente bueno.

2. Entrevistas de seguimiento post–terminación

La cuestión de los contactos posteriores a la finalización de una psicoterapia, en especial de un psicoanálisis, ha sido motivo de debate. En el caso de la psicoterapia breve tal discusión no tiene lugar, pues, al contrario, resulta una herramienta necesaria para facilitar una adecuada terminación. La mayoría de autores coinciden en ello.

La finalidad de las entrevistas de seguimiento puede ser doble. En primer lugar, permite realizar una evaluación del grado de efectividad de la psicoterapia en un paciente determinado; ofrece la oportunidad de examinar hasta qué grado se mantienen las modificaciones conseguidas, así como si ha habido progresos en el funcionamiento de la personalidad del paciente. La segunda finalidad tiene un carácter propiamente *terapéutico y preventivo*, al permitirle al paciente que reviva el vínculo terapéutico. Ligado a ello, y como tercer objetivo, puede decirse que, como las posibilidades de elaboración del duelo por la separación vienen limitadas por la brevedad de la psicoterapia, estas entrevistas ayudan a completar dicha tarea, tal vez recogiendo alguno de los aspectos mencionados más arriba; en realidad, no es hasta que el paciente ha finalizado la experiencia terapéutica que habrá vivido plenamente su pérdida. Estas entrevistas permiten también detectar posibles reacciones tardías debidas a una elaboración insuficiente del duelo. En tales casos se plantea el problema si tal situación manifiesta una inadecuada elaboración de la terminación o una inadecuada terminación. Aunque lo segundo implica lo primero, puede suceder que un paciente habiendo recibido una ayuda adecuada con la PBP, necesite de más tiempo para elaborar la terminación. En este caso, parecería aconsejable programar algunas entrevistas post–terminación más —quizá con cuatro o cinco serían suficientes— para trabajarlo, aunque evitando establecer un vínculo como si se hubiera reiniciado una psicoterapia. En la otra circunstancia, que no se haya producido una adecuada terminación, sino que el paciente necesitara más tiempo de psicoterapia, habrá que plantearse una nueva ayuda terapéutica. Aunque, para tomar la decisión, parece aconsejable esperar un lapso de tiempo, quizá un año como mínimo, en el que se hayan realizado varias entrevistas de seguimiento y valorado que persiste la necesidad de más ayuda.

Puede ocurrir también que la experiencia terapéutica en PBP haya estimulado en el paciente una mayor capacidad de *insight* que le lleve a planteamientos nuevos sobre sus dificultades emocionales que requieran experiencias terapéuticas más largas: psicoterapias

psicoanalíticas de larga duración o un psicoanálisis. Aunque en nuestra experiencia no se dio tal situación.

Al ofrecer al paciente la posibilidad de realizar estas entrevistas, la actitud del terapeuta ha de situarse en esa postura intermedia y un poco contradictoria en apariencia en la que se ha desarrollado la psicoterapia: asociación libre pero conflicto focalizado; tiempo limitado y fechado pero olvidándolo en muchos momentos; y, ahora, aunque el tratamiento se acaba en el plazo fijado, se deja abierta la posibilidad, conveniente, de mantener algunas entrevistas posteriores. Aun cuando dejamos a criterio del paciente que concierte la entrevista, se le sugiere un tiempo de entre uno y dos meses para solicitar la primera.

Hemos podido comprobar que si la terminación ha sido suficientemente elaborada, el paciente puede esperar ese tiempo hasta pedir la nueva entrevista. Y cuando realiza ésta, también entiende que el objetivo de la misma es limitado, es decir, que no se trata de una sesión de psicoterapia. Para las entrevistas siguientes puede transcurrir más tiempo, de manera que, según el patrón que hemos venido utilizado con más frecuencia en nuestra experiencia es que al cabo de un año de terminada la PBP se hayan realizado unos dos o tres encuentros. La aceptación por el paciente de esta pauta nos resulta también un dato indicativo de su aceptación de la terminación. Obviamente, es cada paciente con el vínculo establecido con el terapeuta lo que determinará, si el número de entrevistas precisa ser algo mayor, y si se prolongan los contactos espaciados, más allá del año. En cualquier caso, creemos que debería especificarse bien que se trata de entrevistas de seguimiento, a fin de no fomentar la fantasía en el paciente de que se ha reanudado la psicoterapia, aunque con otra frecuencia. Con lo cual, ni tendrá la oportunidad de vivir la experiencia de la separación ni tampoco podrá implicarse en otro proceso psicoterapéutico, puesto que la frecuencia y actitud del terapeuta no lo permiten. «El hombre de los petardos» ilustra bien esta situación en la que el paciente entendió que su demanda de reanudar la psicoterapia, durante las entrevistas de seguimiento era una ligera resistencia, que una vez concienciada cedió.

Veamos también a continuación un material clínico que muestra de manera fehaciente la terminación en psicoterapia breve y las entrevistas de seguimiento. Como vengo haciendo, al exponer un caso en extensión lo describo desde el principio para tener una idea global del mismo, aunque poniendo el acento en aquel aspecto que me interesa resaltar en ese momento, aquí el de la terminación y las vicisitudes que surgen. Como en

todos los casos expuestos extensamente (excepto el II) en otros capítulos también he incluido material referido a la finalización y pueden servir de ilustraciones a contrastar con el que sigue a fin de ver formas distintas de terminación.

3. Material clínico: Caso VII.
«La chica con entorno desfavorable»[21]

I. Entrevistas diagnósticas

Chica de 21 años que consulta por ansiedad debida a sobrecarga emocional al asumir la responsabilidad de la atención de una madre enferma psiquiátrica, con una psicosis melancólica que ha realizado dos intentos de suicidio, uno con autoagresión clavándose un cuchillo en el estómago y el otro arrojándose al mar con la intención de ahogarse. Hasta la tercera entrevista no menciona al padre. Una hermana vive fuera de casa desde hace años, de pequeña fue internada hasta los catorce, y cuando volvió tuvo muchos conflictos con los padres. Éstos consideran a la hermana como la mala de casa, por «rebelde y golfa». Entre la segunda y tercera entrevista han ingresado a la madre por nuevo intento de suicidio.

En la supervisión, tras estas tres entrevistas, se considera que un entorno tan desfavorable desaconseja una psicoterapia semanal, pues todo está proyectado en la enfermedad de la madre o en la inhibición del padre y hermana; una primera hipótesis que se contempla es que la paciente se siente en deuda con la madre, por haber tenido un trato privilegiado (ella nunca fue enviada a ninguna institución) respecto de la hermana. A ello se suma una actitud omnipotente de que la vida de la madre depende de ella, obviamente facilitada por la dejación del resto de la familia; en la segunda entrevista ha de venir acompañada de la madre, que queda en la sala de espera, por temor al intento de suicidio, si la deja sola. Por otro lado, no informa de relaciones válidas ni en el ámbito laboral ni en el sentimental, que parecen contaminadas por su malestar y ansiedad por la situación de casa. Se aprecia una actitud defensiva muy radical en la que escinde aquello que pueda perturbarla. Así que en la supervisión quedamos en valorar con una cuarta entrevista otros aspectos de su vida infantil y sueños, así como ofrecerle la posibilidad de una ayuda psicoterapéutica quincenal a la espera de la respuesta de la paciente.

En esa *cuarta entrevista* la paciente viene menos defendida, es evidente el cambio experimentado al no tener que hacerse cargo de la madre por estar ingresada; ahora puede mirar más dentro de ella y referirse a su vida propia, al margen de la familia. Trae sueños y es más sincera, en general, para hablar de sí misma. Explica un incidente de la infancia en el que el padre intentó abusar de la hermana, según le explicó ésta años más

tarde. Por lo tanto, se podía comprender que mantuviera al padre disociado en las primeras entrevistas y que evitara contar con él para ayudar a la madre, pues en su fantasía eso podía ser peligroso. Los **sueños** son de carácter persecutorio, hacen referencia a pájaros que ella cuida (o ratas) y luego le atacan. Entendemos que pueden representar a la madre en una imagen diferente de la que traía al principio, la de la madre enferma necesitada de sus cuidados. En esta misma entrevista trae otra imagen de la madre cuando refiere que la hermana (ella misma no puede pensar en ese sentido) le decía que la madre había acabado con la vida del padre. Ante el planteamiento de la terapeuta de si realizar una ayuda quincenal o semanal, la paciente responde que «no puede quedarse en casa, que ha de hacer su vida, y que se ha apuntado a un curso de *recursos humanos*».

Por lo tanto, a pesar de que no se aprecian indicios de haber establecido buenas relaciones en las que ella considere que el otro le aporte algo a sus necesidades, tampoco hay una actitud destructiva activa de sus relaciones. Por otro lado, se valoran como importantes los datos que aporta en su relación en las entrevistas con la terapeuta. Se aprecia una evolución, desde la primera que vino con cierta desconfianza y muy defendida, a la última, más abierta y confiada. En la cuarta entrevista la paciente telefoneó a la terapeuta para decirle que a causa del mal tiempo (estaba nevando, algo insólito en la ciudad) pensaba no venir, por temor a resbalar, pero la terapeuta confió en su capacidad para llegar hasta el centro por sí misma, y mantuvo la cita. La paciente acudió. Probablemente intervinieron ahí varios factores que hicieron que esta respuesta de la terapeuta fuera beneficiosa. Por un lado, su firmeza en mantener la entrevista, por otro, la confianza en las capacidades de la paciente, y por último, el interés de alguien (la terapeuta) en ella. Por lo tanto, a pesar de las dudas por el entorno desfavorable así como por las relaciones actuales en las que no confiaba mucho. En la supervisión pensamos que especialmente los datos aportados por la relación establecida en las entrevistas con la terapeuta permitían, por el contrario, abrigar alguna garantía de establecer una relación de ayuda en el marco de una PBP. Postulamos la hipótesis de que tal vez en la primera infancia la paciente recibió esa buena relación que le permite restablecerla ahora en el marco terapéutico cuando encuentra una persona firme a la vez que receptiva.

II. Inicio de la psicoterapia. Primeras sesiones (3ª y 4ª)

La madre sigue en el hospital. La paciente habla de las dificultades con su novio. Está confundida porque le parece que todo ha sido una farsa. Se pregunta en qué mundo ha vivido durante su infancia, es como si ahora lo viera de otra manera. Al parecer, lo de que el padre «tocó» a la hermana duró un tiempo. Que la paciente se sentía muy unida al padre hasta que la madre le explicó lo de la hermana, y todo cambió. Se queja de que la madre no actuó de madre, ni entonces, ni luego, cuando la hermana tras haber pasado varios años fuera, llevando una vida de cierta promiscuidad sexual, quiso volver a casa y no la dejó. Es como si la madre hubiera tenido una actitud diferente con cada una de las hijas. Tiene miedo de cómo irán las cosas, aunque está más tranquila. Contenta porque se ha cambiado la puerta de casa (blindada), es la primera vez que se introduce un cambio en casa desde que viven allí.

S–6

Se evidencia la actitud de la paciente de sentirse imprescindible para los demás, con la sobrecarga que ello le acarrea. Entonces no puede hacerse cargo de sus propios aspectos inmaduros inconscientes, de ponerse en situación de riesgo, de tener un «accidente». Lo proyecta en los demás (madre, novio, etc.). Una vez colocados fuera, se separa de ellos (quiere romper con el novio). Un paso a dar por la terapeuta es ayudarla a que tome conciencia de los propios riesgos a accidentarse mentalmente cuando quiere madurar demasiado rápido, al hacer de mamá, lo que le impide crecer al ritmo posible. Al mismo tiempo, teme seguir un ritmo de maduración más lento pero que la familia no la pueda contener. Necesita tomar conciencia de una realidad interna en la que ella tiende a ponerse en situación de riesgo, y que eso le lleve a aceptar las limitaciones de la realidad externa, de una madre enferma.

S–8

Confusión de la paciente respecto de su posición en la familia. Al volver la madre a casa de alta del hospital e intentar, aunque con sus limitaciones, recuperar su papel de madre, a la paciente le cuesta aceptarlo. La confusión también está en la relación con el padre. Recuerda en esta sesión que la buena relación con el padre cambió cuando se enteró que abusó de la hermana. Cuando ahora él se enfada y le pronostica que acabará mal, una golfa como la hermana, ella ha de callar para no decirle que sabe lo de la hermana. Y cuando se sienta a su lado está tensa. No puede con las injusticias (referido a una situación laboral de una compañera de la que ha abusado el jefe) pero calla.

III. Etapa media del proceso

S–11

En esta sesión la paciente se plantea qué versión de la historia familiar es la verdadera. Existen varias: la que ella se hizo de pequeña en la relación con el padre como en un cuento de hadas hasta que la madre le informó del abuso de la hermana. Por otro lado, la hermana le habló de una mala madre, cuando con ella ha sido buena. Puede ver también ahora que la madre ha chantajeado al padre por lo de la hermana. Y se queja de que nunca le dijeron las cosas claramente a ella porque la consideraban una niña.

Esta semana ha podido ver a los padres más unidos, haciendo cosas juntos, lo que le lleva a replantear su versión interna de unos padres desunidos. A revisar su versión de la historia familiar (los padres desunidos y el padre incestuoso, pueden ser verdades, pero no toda la verdad) por lo que tendrá que corregir la realidad interna de su versión, y entonces resituarse dentro del ámbito familiar. Hasta ahora ella había actuado de espectadora de un drama familiar entre tres personas (padre, madre y hermana), quedando ella al margen. Ella quedaba por encima, como la supermamá que vendría a unir esa familia. Ahora ha de situarse como un miembro más, que además es hija de esa familia, con un padre y una madre, con varias facetas y no sólo una, como creía.

S–13 y S–14

Dos temas se solapan. El de las dificultades en la relación con su pareja y las vivencias y recuerdos de su relación con los padres y la familia. Se queja de que cree demasiado las versiones que los demás le dan de las cosas, que luego son falsas. Es lo que le pasó con respecto de los padres: la madre le dio una mala versión del padre (no le informa del abuso de la hermana), la hermana se la dio de la madre; y el padre y la madre contaron otra sesgada de la hermana. Las contradicciones entre esas versiones y la propia, el cuento de hadas con el padre, le llevaron a desconfiar de su propia versión. Pero no podía aceptar que ella también participaba de alguna manera de las otras versiones, de forma que no podía encontrar la verdad dentro de sí misma, pues todos la confundían, con sus versiones mentirosas (por pretender que eran la verdad total, cuando eran parciales). Ahora, ella empieza a corregir su versión de la historia familiar. Por ejemplo, aceptando que hubo una época en la que había visto a los padres más unidos de lo que luego creyó. Al no consolidar una pareja parental interna no puede lograr una estabilidad en su relación de pareja actual, en la cual confía poco para que contribuya a la relación,

haciendo depender todo de ella misma. Le cuesta reconocer que el otro tenga algo que aportar a la relación. Sus experiencias se decantan en este sentido. Sin embargo, eso no domina tanto, puesto que en la experiencia terapéutica ella puede reconocer la capacidad de la terapeuta que, la escucha, la tiene en cuenta, está atenta y piensa lo que le dice. Ahora, ante la proximidad de las vacaciones de verano, le preocupa que pudiera romperse esta confianza que ha empezado a depositar en alguien.

S–18 a S–22

A la vuelta de vacaciones, la madre ha sido ingresada de nuevo. Ella, otra vez, ha tenido que asumir la responsabilidad de acompañar a la madre a las visitas a los médicos, pues el padre trabaja y la hermana sigue fuera de casa, ajena a las cuestiones familiares. Y vuelve a la cuestión de que su infancia ha sido una mentira porque las cosas no eran como ella las veía: idealizada, «un cuento de hadas», lo que le llevó a desconfiar de todo. Reconoce también que los padres están más unidos de lo que ella quiere aceptar, a pesar de sus diferencias de «perspectivas» y que no hablan bastante. Ha tratado de integrar a la hermana en la situación familiar, aceptando que participe en la visita con los médicos, no siendo así la única responsable. Piensa que fue el abuso del padre con la hermana lo que contribuyó a la enfermedad de la madre. Por una parte, la integración de la hermana le permite compartir responsabilidades. Pero internamente, además, supone aceptar la integración de un aspecto de ella que ha estado disociado en la hermana, el aspecto incestuoso, que en su caso tuvo sólo una vivencia en la fantasía del cuento de hadas, mientras que en la hermana supuso el trauma material. Dicha integración le permite vivir los problemas familiares como algo que le atañe, porque está implicada, y no como algo que sólo sufren los demás y en todo caso ella debería intervenir para salvarlos, sobre todo a la madre, la más afectada por todo ello, según su versión.

Ahora empieza a dejar de considerarse la salvadora de la familia. Se siente menos culpable y por tanto puede ocuparse más de sus cosas, incluso disfrutar más. Pero entonces, se siente sola al disminuir sus responsabilidades de los problemas de los demás. Explica que tiene miedo de reconocer lo infantil en ella porque pudiera deprimirse como la madre.

S–26 y S–27

Por una parte se alegra de la mejoría de la madre. Reconoce la intervención de los profesionales, es decir, disminuye la fantasía omnipotente de que es ella quien ha de

salvar a la madre. Por otro lado, al plantearse las posibilidades de cambio en ella lo ve con cierto tono catastrofista. Está asustada porque si reconoce sus necesidades infantiles teme que no haya unas figuras adultas parentales que puedan atenderlas. Entonces, recurre a la expectativa infantil mágica de que vendrá un príncipe azul a salvarla (como le dijo una vidente).

S–31 y S–32

La paciente vive una realidad externa difícil. La madre sigue en el hospital, la hermana ha tenido problemas. Con el novio, las cosas no van bien porque él tendría que madurar, y hasta ahora mantienen una relación en la que ella hace de mamá, lo que ya no le interesa. Inunda la sesión con esa realidad externa de manera que la terapeuta siente también mucha desesperanza de algún cambio personal en ella.

IV. Etapa de terminación

S–33 y S–34

La mejoría de la paciente, no obstante, lleva a evitar su participación en las cosas de casa que no son de su competencia, lo que provoca resistencia en los demás, en especial el padre. Piensa en la madre de manera diferente, en cuanto no ocupa su mente plenamente como antes. Acepta que la madre tiene otras personas que la quieren. Aparece una alusión indirecta a la terminación de la psicoterapia, que la terapeuta interpreta en relación al sentimiento de soledad en ella, aunque la experiencia habida aquí le podrá permitir continuar por su cuenta. Responde asociando unos sueños, lo que muestra un mayor contacto con su mundo interno. En ellos aparece *la madre pidiendo ayuda, debajo de las escaleras, pero ella no puede bajar. En otro, se angustia porque el novio no puede cambiar cosas de su persona, y ella lo sabe.* Vemos en la supervisión que, en parte, los sueños trasmiten una sensación de impotencia, debido a la fuerte escisión, que ha sido la defensa predominante en esta paciente, cuando no puede conectar el aspecto sano de ella, encima de la escalera, y el aspecto enfermo/necesitado, proyectado en la madre o en el novio, por lo que no es posible el cambio.

S–37

(Falta un mes para la terminación). Tras una pausa inicial en la que «no sabe qué decir», habla de sus esfuerzos por buscar trabajo, lo que también indica que ya no es la madre la que ocupa su mente. Aunque no se olvida de ella, pues sigue internada y hace

algún comentario al respecto. La terapeuta interpreta el material (esfuerzos y dificultades para conseguir trabajo) con las dificultades en el trabajo de la terminación, lo que hace que el comienzo de la sesión haya sido difícil, («no sabe qué decir»), pero al tiempo confiada porque sabe que puede volver si lo necesita. Utiliza defensivamente esa disponibilidad de la terapeuta. Luego se acerca al reconocimiento del hecho de la terminación y hace balance: aquí ha aprendido a abrirse, a entender más cosas de ella; y expresa agradecimiento. El lenguaje también ha cambiado, según observa la terapeuta: antes acababa las frases con una muletilla («… y eso»), ahora no la necesita. Se queja de que el padre no le ayuda a buscar trabajo. La muletilla la entendimos como una manera de relativizar lo que había dicho, como para tapar o despojar de importancia lo dicho; por lo tanto, al no necesitarla ahora es que puede tolerar mejor lo que acaba de decir.

S–38

La madre vuelve a ser la preocupación de la paciente porque está mal, pero también habla del resultado exitoso para conseguir una plaza en unos cursos. Se siente de nuevo sola ocupándose de la madre. No cuenta con el padre. Explica episodio de miedo. Estando sola en el parque, un chico parecía acercársele, pero finalmente apareció otra persona. Comentamos en la **supervisión** que surge aquí el problema pendiente de la dificultad de contar con el padre para ayudar a la madre porque eso pudiera reactivar los temores (¿deseos?) del padre incestuoso. Pero es algo a tener en cuenta la terapeuta, no a interpretar.

S–39

Nerviosa, ha trabajado a fondo en la limpieza de la casa, y pensaba que «no tendría fuerzas para acabar». La terapeuta se lo relaciona con la terminación. Dice que sabe lo que ha aprendido aquí, se siente más madura, sabe que ha de preocuparse de sí misma y no sólo de los demás. Recuerda bien lo mal que estaba cuando empezó. «Es como si hubiera crecido en este tiempo». Aunque sabe que la vida traerá problemas, pero siente que podrá enfrentarlos mejor que antes. Persiste el problema con el novio con el que no acaba de verse compartiendo su vida.

S–40

Se encuentra nerviosa, queriendo resolver muchas cosas que tiene pendientes; encontrar trabajo, aclarar definitivamente la relación con el novio, y finalmente ella

misma se da cuenta de que la terminación del tratamiento tiene que ver con todo ello. La terapeuta le señala que esa prisa por resolver tantas cosas sería como pretender acabar el tratamiento teniéndolo todo resuelto. Entiende que es así, pero añade que aunque está nerviosa no es la situación de cuando vino en la que se sentía asustada por todo lo de la madre pero no sabía qué le pasaba. Habla luego de la situación complicada de la hermana que sólo la tiene a ella (la paciente) para hablarle de sus cosas. Es decir, que en ese momento vuelve a proyectar en otros. La terapeuta se lo señala y ella lo entiende, aunque se aferra a la realidad externa de que el padre no quiere ni oír hablar de la hermana. La paciente reconoce que ella ha tenido la suerte de recibir la ayuda de aquí, y se sentirá sola cuando se acabe. La terapeuta le recuerda que el hecho de que aquí haya aprendido a reconocer sus propias necesidades y haber tenido esta experiencia de ayuda puede contribuir a no sentirse tan sola.

S–41

Viene muy necesitada de ayuda. Ha roto con el novio. Trata de trasmitir a la terapeuta la situación en que se encuentra de gran necesidad de manera que ésta no de por concluida la experiencia. Pero ella sabe que no está como al principio. Aunque en la ruptura con el novio puede haber una parte de actuación al proyectar en el otro el hecho de ser dejada, hay también sufrimiento por la pérdida de una relación en la que ella era la madura, la adulta la que está por encima, como en la mayoría de sus relaciones, proyectando en los otros la inmadurez y la incapacidad. Además, ha podido hablar con la madre, ya de alta del hospital, de su separación, es decir, ha confiado en ella, la ha reconocido en su función materna. Hay una percepción más realista de las figuras paternas y una autopercepción más adecuada de ella misma**.**

S–42

(Última sesión). Al comienzo explica una situación en la que «le han dado con la puerta en las narices». La terapeuta se lo relaciona con la «puerta» del tratamiento que se cierra, no como una agresión contra ella, sino como una realidad. La paciente reconoce que «el último período no había querido enterarse de que se acababa el tratamiento, porque se sentía bien, viniendo aquí, pero a la vez reconoce que no va a estar viniendo toda la vida como si fuera una droga. Que se ha puesto nerviosa porque quería resolver todas las cosas pendientes antes de acabar, porque venir aquí era como un motor.» La terapeuta interpreta que quizá pretendía hacer ver que estaba mal, como

si estuviera al principio, como si no hubiera servido para nada toda la experiencia terapéutica vivida hasta ahora, para así no acabar. Reconoce que es así, y a continuación añade que los padres la han apoyado a su manera. Tiene claro que ha de ocuparse más de ella misma, de sus propias necesidades, de aceptar que ella también es una persona. Que tal vez el ocuparse tanto de los otros era una manera de no enterarse tanto de lo suyo. Pero ahora tiene más claro sus propios problemas. Cuando es la hora ¡Qué rápido ha pasado el tiempo! Y da las gracias.

Comentario S–42. Primero se queja de que le han dado con la puerta en las narices. Luego reconoce que no ha sido así, que en realidad le cuesta aceptar la terminación porque ha sido una buena experiencia, y entonces puede reconocer lo que ha aprendido aquí, lo que sintetiza muy bien: primero a aceptar la ayuda de los padres, de manera que ya no están tan desvalorizados, a pesar de la realidad externa de la madre enferma y el padre con el antecedente de abuso sexual de la hermana, y luego el reconocimiento de que ocuparse de los demás es una manera de no enterarse de lo propio.

V. Entrevistas de seguimiento

Primera entrevista

La paciente llamó al cabo de tres meses para solicitar entrevista como habían quedado con la terapeuta. En esta la paciente muestra los logros conseguidos por el tratamiento, así como su agradecimiento. *Ha disminuido la preocupación por la culpa* respecto de la madre, sobre todo, y también de la hermana. Entonces puede *ampliar sus intereses*. Ha hecho unos cursos, ha encontrado un trabajo. Ha vuelto con el novio porque él lo pidió. Considera que él es muy infantil y que le iría bien un tratamiento como el que hizo ella, pues de otra manera no cree que pueda cambiar. Que ahora entiende que lo ha de aceptar como es, y no pretender cambiarlo, si él no quiere.

Comentario primera entrevista de seguimiento. La entrevista muestra los *cambios* que se han experimentado en la paciente. Ha disminuido el sentimiento de culpa respecto de la enfermedad de la madre, así como de la situación de la hermana, ello en relación con que ha disminuido la actitud omnipotente de que toda la familia dependía de ella. Esto le ha permitido ampliar sus intereses personales. Y ese cambio le lleva a aceptar que no es ella quien ha de cambiar al novio: que, o lo acepta como es, o que haga una psicoterapia como ella ha hecho, con lo cual está de nuevo valorando el tratamiento.

Segunda entrevista

Al cabo de cinco meses de la anterior, y ocho desde el final. Contenta de volver a ver a la terapeuta. La madre sigue en el hospital. Pero el padre se ha ocupado más de las entrevistas con los médicos, cosa que antes no hacía. Mantiene la relación con el novio, aunque como amigos.

Comentarios segunda entrevista de seguimiento. En esta terminación destacan dos cosas: La paciente ha podido reconocer la ayuda recibida, y la valora. Y tiene más dificultad para elaborar el duelo por la pérdida de algo que valora. De ahí que no pueda permitirse mucho los sentimientos de pena, y nada los de rabia por «haberle dado con la puerta en las narices». Aunque hay también aquí una parte de aceptación de la realidad. El hecho de que haya vuelto a las entrevistas de seguimiento y que se mantenga la valoración de la psicoterapia, hace pensar que predomina esta sobre los sentimientos negativos por haber acabado, aunque estos no se hayan expresado. Por otro lado, no parece que dominen ya que no ha habido necesidad de disociarlos y actuarlos en otras relaciones, como había intentado en la etapa final del tratamiento, en la relación con el novio. Aunque ve las limitaciones de esa relación, considera que no es este precisamente el mejor momento para dejarlo, que necesita darse tiempo.

Capítulo IX

Interrupción en Psicoterapia Breve Psicoanalítica

1. Concepto de interrupción de la psicoterapia

En toda interrupción de una psicoterapia habrá que tener en cuenta la contribución a la misma por parte del paciente, pero también del terapeuta. En cuanto al paciente, será importante la psicopatología, así como el grado de motivación. En cuanto al terapeuta, ¿qué es lo que no ha ofrecido adecuadamente como para que el paciente no haya sentido suficiente la ayuda psicoterapéutica, o no la haya podido tolerar? Es importante también valorar el *momento* del proceso psicoterapéutico en que se produce la interrupción. Con tales elementos trataremos de esbozar *hipótesis* posibles sobre las interrupciones, que incrementen nuestro conocimiento y así contribuya a «diagnosticar», primero, y manejar mejor, después, las situaciones de riesgo de abandono en futuros pacientes.

Como se verá por las tablas y los resúmenes de los casos que aquí incluyo de los estudiados en el grupo de investigación que estuve supervisando, considero interrupción tanto cuando el paciente no acude a la primera sesión como cuando detiene el proceso al cabo de doce meses de tratamiento. Puede parecer exagerada esta posición, teniendo en cuenta que el tiempo óptimo de duración de una PBP suele ser de un año. Pero el criterio que sostengo para definir la interrupción del proceso psicoterapéutico es cuando una vez evaluado, considerado apto para una PBP, y haber aceptado el paciente la propuesta de las condiciones de tratamiento, incluido en nuestro caso una duración determinada, uno de los dos miembros de la pareja decida unilateralmente romper dicho acuerdo. Por lo tanto, desde ese punto de vista, es una interrupción tanto si el paciente no acude a la

primera sesión como si deja de venir a partir de la penúltima. Por supuesto, eso no quiere decir que las consecuencias terapéuticas sean las mismas. Y tampoco que interrupción terapéutica sea siempre equivalente a fracaso terapéutico, al menos no totalmente. Aunque todas las interrupciones recogidas aquí lo han sido por decisión del paciente, podría darse el caso que sea el terapeuta quien haya de interrumpir. Lo que sí ocurrió en un caso fue la interrupción temporal por motivos del embarazo de la terapeuta. Como veremos, eso tuvo repercusiones para el curso posterior de la psicoterapia, dando lugar a una interrupción de la paciente aunque fuera en un momento avanzado del proceso.

Por lo tanto, ciertamente no es lo mismo interrumpir en la primera sesión que al cabo de doce meses. En las psicoterapias que interrumpieron cuando llevaban casi un año, lo más probable es que el paciente no fue capaz de enfrentar las dificultades de la separación, lo cual no tiene por qué invalidar el beneficio de la experiencia terapéutica mantenida hasta ese momento. También puede ser que el terapeuta no estuviera suficientemente atento a las ansiedades desveladas por la proximidad de la terminación o no encontró la manera de ayudar al paciente a enfrentarlas. Y aún cabe pensar que el paciente necesitaba más tiempo de tratamiento. Pero incluso en los pacientes que tan sólo acudieron a las entrevistas diagnósticas y luego no iniciaron el tratamiento, es posible advertir un efecto terapéutico, lo que de momento puede haber sido una ayuda suficiente. El paciente que ha venido a las entrevistas diagnósticas ha tenido la oportunidad de vivir la experiencia de hablar de sus problemas con una persona, quizá por primera vez en su vida. Además se le ha escuchado de una manera diferente de como puede hacerlo una persona de su entorno inmediato; es decir, al contener sus proyecciones, sin respuestas que inciten e incluso exijan el paso a la acción, o culpabilizándole. A veces, es posible incluso que todo ello haya dado lugar a ciertas modificaciones, aunque pequeñas. Ya estudiamos las interrupciones durante el proceso diagnóstico en el capítulo IV. En otra parte me ocupo del componente terapéutico de las entrevistas diagnósticas, pudiendo incluso transformarse, en ocasiones, en una intervención terapéutica en sí misma (A. Pérez–Sánchez, 2006). Aunque todo ello no debe servir de consuelo, pues lo que pretendíamos es que el paciente se beneficiara de una experiencia psicoterapéutica determinada, en nuestro caso una PBP.

Por supuesto, el terapeuta acepta siempre la decisión del paciente de la interrupción aun sin compartirla, aunque también es responsabilidad suya mostrar su discrepancia y las razones que la sustentan, cuando sea posible. Pero si la interrupción no se ha podido

evitar, será útil plantearnos qué ha sucedido para ayudarnos a corregir los posibles errores con próximos pacientes.

Revisaré algunas hipótesis que pudieran dar cuenta de por qué los pacientes interrumpen la psicoterapia breve, atendiendo fundamentalmente a la muestra que expongo, junto con mi experiencia general.

2. Material clínico

2.1. Material clínico A: Tabla

Como vengo haciendo en la exposición de las tablas, muestro varias columnas con algunos datos significativos en este orden de izquierda a derecha: número del caso; sexo/edad; clínica y foco; número de entrevistas diagnósticas (ED), duración de la psicoterapia y/o número de sesiones realizadas; y finalmente observaciones, cuando las haya, junto a una somera hipótesis de la interrupción (HI).

Tabla 9.1 Psicoterapias interrumpidas durante el proceso psicoterapéutico

Caso	Sexo/ edad	Clínica y Foco	ED/Tiempo/Sesiones	Observaciones. Hipótesis interrupción (HI)
48	M-46	No hay comentarios de supervisión. Duelo patológico antiguo (DPA) (marido, hace 7 años)	ED: 2	Se indica PBP. No acude primera sesión.
49	H-30	Insatisfacción por precario control de impulsos. Padre atacado y odiado. Infancia carencial, varios internados.	ED: 4. S: 7	HI: No adecuada indicación de PBP. Encuadre insuficiente para contener tendencias agresivas.
50	M-28	Depresión tras volver a trabajar y dejar a su hija de 10 m. Ella fue niña enfermiza hasta los 8 años. Aspectos orales agresivos.	ED: 3 S: 9	Le alarmó la propuesta de un año. HI: ¿PBP no indicada? Tal vez psicoterapia de apoyo
51	M-28	Depresión tras aborto provocado, al ser abandonada por chico. Tendencias autodestructivas. Fuerte sentimiento de culpa. **Foco**: Resentimiento por abandonos. Tendencia a ser ella la que abandona, culpa y autocastigo.	ED: 3 T: 5 m. S: 15	Se incluye un mes de vacaciones. HI: En la 3ª sesión la terapeuta falta. Se reactiva bulimia nocturna.
52	M-33	Experiencias traumáticas infantiles	6 m.	¿Bien indicada PBP? Quizá Psicoterapia Psicoanalítica Larga.
53	M-22	Depresión tras ruptura sentimental. Adolescencia tardía no resuelta. **Foco**: revisar posturas pseudo adultas, y aceptar un	ED: 2 T: 12 m.	HI: Anticipa la terminación, interrumpiendo por temor a que

		ritmo de crecimiento más lento.	S: 34	se reactive su necesidad del tratamiento.
54	M-25	Inhibición académica. Adolescencia tardía y duelo patológico antiguo (hermano hace 5 años). **Foco**: temor a crecer.	ED. 2. T: 12 m S: 42	HI: No tolera terminación. No se trabajó suficiente DPA.
Interrumpen proceso psicoterapéutico**: 7**				
M: Mujer; H: Hombre; ED: Entrevista diagnóstica; HI. Hipótesis de la interrupción.				

2.1.1. Comentarios a la tabla

La tabla nos permite una panorámica general de la muestra y por lo tanto las consideraciones hipotéticas también serán generales. Como sabemos, desde una perspectiva psicodinámica, las razones generales suelen ser bastante débiles a la hora de comprender las razones (y sin razones) por la que actúa un paciente. Sin embargo, no deja de ser una primera aproximación, o un marco de referencia en el cual luego podamos situar con más precisión al paciente concreto.

En esta muestra de siete pacientes que interrumpieron el proceso psicoterapéutico nos encontramos con un margen muy amplio, desde el punto de vista del momento en el que tuvo lugar el corte. Pero podemos establecer dos amplios grupos. Los que vinieron menos de nueve sesiones y los que acudieron entre 15 y 42 sesiones, es decir, entre tres y doce meses aproximadamente. Las posibles razones hipotéticas que apoyen tal decisión varían en uno y otro grupo. En los pacientes del primer grupo caben consideraciones del tipo de que no se hizo una adecuada indicación de la PBP, por ejemplo en el caso del paciente que ni siquiera acude a la primera sesión, una vez hecha la indicación de PBP. O que no hubo posibilidad de establecer una suficientemente «buena» relación entre terapeuta y paciente como para poner en marcha el proceso terapéutico.

En cuanto al grupo de pacientes en los que la interrupción ocurre a partir de los tres meses admite varias hipótesis. Una es que dada la limitación del tratamiento, y prefijado desde el comienzo, el horizonte de su finalización puede visualizarse pronto. Sobre todo si, por ejemplo, el período de los tres meses coincide con un período vacacional, aunque breve, como las vacaciones de Navidad o de Semana Santa, no digamos si son las de verano, más largas. Dicha interrupción del curso terapéutico que forma parte del proceso, anticipa de alguna manera la definitiva del final, lo que puede movilizar las ansiedades correspondientes. Si eso no se trabaja adecuadamente, puede dar lugar a varias formas de actuación. Cuando tales actuaciones tienen lugar en el ámbito de la vida del paciente, pero luego vuelve a las sesiones, existe la posibilidad de tratarlas en el marco de la PBP. El problema aparece cuando la actuación consiste precisamente en no continuar el tratamiento.

Ello resulta más evidente en los dos pacientes que interrumpieron el tratamiento cuando llevaban doce meses de tratamiento, una con 34 sesiones y otra con 42. Podríamos decir que ambos han cumplido aproximadamente el tiempo que empleamos

para llevar a término una PBP. Sin embargo, no fueron capaces de «despedirse». O sea, no pudieron asumir, o el terapeuta no supo comprender, y el seminario de supervisión tampoco, la importancia de las ansiedades concomitantes a la terminación.

Pero para ofrecer hipótesis algo más precisas necesitaremos ir a los casos concretos.

2.2. Material clínico B: Resúmenes de los casos

Caso 48

No inicia tratamiento tras la indicación de PBP.

Clínica: Mujer de 46 años. *Duelo patológico antiguo*. El marido murió hace siete años y la madre hace 12, a raíz de lo cual estuvo con antidepresivos: «para mí que estoy mal desde entonces» (paciente). Siente mucho la pérdida del marido, sobre todo por no poder hacerse cargo del resto de la familia. No hay comentarios de supervisión. *No acude a la primera sesión*.

Hipótesis. Los pocos datos que tenemos nos permiten hacer alguna conjetura, además de que por sí misma es significativa la escasez de información recogida en la supervisión. El perfil que podemos trazar de esta mujer es de alguien que aún no ha resuelto un duelo patológico antiguo por la madre y que, obviamente, se reactiva con la pérdida del marido. En vida de éste, aún podía aguantar el malestar interno del duelo por la madre no elaborado puesto que le debía suponer un soporte importante. Es una mujer con una personalidad más bien frágil. Es curioso que no conste registro de los comentarios de la supervisión grupal, cuando era una tarea sistemática, realizada con todos los demás casos. De hecho, como ya dije en la introducción, una de las condiciones de esta investigación consistía en que todos los pacientes eran estudiados por el grupo de supervisión para valorar la idoneidad de la PBP y delimitar el posible foco terapéutico. Por lo tanto, es como si la terapeuta no hubiera sentido tampoco el apoyo del grupo de supervisión, precisamente en una paciente que se queja de la falta de apoyo. ¿Sintió la paciente esta carencia en la terapeuta, como para no acudir ni siquiera a la primera sesión? Otra reflexión es que dada la precariedad en la capacidad de contención emocional de la paciente, quizá el mero hecho de hacer una psicoterapia era un esfuerzo excesivo para ella. En cualquier caso, fue algo que no se detectó por parte de la terapeuta, ni, al parecer, en la supervisión.

Caso 49

Interrumpe en la séptima sesión.

Clínica: Hombre de 30 años que consulta porque no está conforme con la vida de descontrol que lleva, aunque localizado a los fines de semana. Hay un temor en el paciente a no controlar sus impulsos, ni sus sentimientos. Necesita una contención externa. Estuvo en muchos internados. Existe un padre muy atacado, que externamente no ofreció buena relación al paciente, al que más bien odia.

Hipótesis: Parece que la PBP a una frecuencia semanal no era suficiente para propiciar la apertura a sus sentimientos y a la vez contenerlos. Existe un temor en el paciente a no controlar aspectos delincuentes de sí mismo. Probablemente hubiera sido más acertada una psicoterapia de apoyo, aunque de frecuencia semanal, en la que el terapeuta tuviera una actitud más activa.

Caso 50

Interrumpe en la novena sesión.

Clínica: mujer de 28 años, consulta por depresión, coincidiendo con la vuelta a su trabajo, teniendo que dejar a su hija de 10 meses en la guardería, con la que ha estado muy apegada. La paciente fue una niña enfermiza hasta los ocho años. Pensamos que teme hipocondrizar a la hija, al confundirla con la niña enfermiza que ella fue. Dice no recordar nada de la infancia. Describe al padre como muy ausente y a la madre como una persona fuerte. El marido, también ausente. Dificultad para expresar agresividad. Una vez se enfadó con alguien y estuvo tres noches sin dormir. Trabaja con niños enfermos graves, terminales, lo que pensamos es una condición desfavorable para una persona tan frágil, ya que ello le reactiva sus angustias de muerte respecto de la hija. Pensamos también que tiene poca confianza en sus capacidades maternas, por lo que ha de compensarlo con una dedicación horaria exclusiva. Por ejemplo, si está sola con la niña no puede hacer otra cosa, ni siquiera la comida o cualquier otra actividad. Muy preocupada por el crecimiento de la niña, como el de ella en el tratamiento. Querría que el crecimiento fuera rápido, sentirse de pronto adulta, para no sufrir las angustias del paso a paso de todo desarrollo, con los riesgos de enfermar. Apreciamos aspectos orales agresivos; por ejemplo, relata con mucha viveza el hecho de que en su infancia tuvo las encías llenas de pus. Está preocupada por si aburrirá a la terapeuta. Acepta la PBP de un año, aunque le parece que es mucho tiempo. Pensamos que su impaciencia para esperar

el tiempo necesario para crecer debe ser por temor a enfermar mientras consigue la fortaleza suficiente.

Falta a la sesión octava. A la siguiente, la novena, dice que se le pasó, pero en realidad, se sincera, no acaba de ver claro el por qué ha de venir a las sesiones, pues lo que esperaría son consejos. No acude a la siguiente, con diferentes excusas. Finalmente llama para decir que *interrumpe, temporalmente***,** por **un** cambio de horario en el trabajo que le impide acudir a la sesión.

Hipótesis: la paciente se ha alarmado por la duración del tratamiento de un año. Habla de ello en dos ocasiones, a través de la familia que le ha preguntado si está tan grave como para venir cada semana durante tanto tiempo. Además, tuvo el antecedente de haber sido tratada en otro centro por dos períodos de dos meses, y con frecuencia quincenal. Todo ello, en una personalidad más bien frágil, precisamente por el poco conocimiento de su agresividad que teme reconocer y enfrentar. Además, al cambiar de trabajo ha desaparecido una de las fuentes de angustia (los niños terminales) lo que ha contribuido a disminuir su motivación por la psicoterapia. Parecería que en esta paciente no estaba indicada la PBP, en todo caso una psicoterapia de apoyo hubiera sido más adecuada.

Caso 51

Interrumpe a los cinco meses. 15 sesiones.

Clínica: Mujer de 28 años con *fobias (*agorafobia y claustrofobia) desde un accidente de coche grave ocurrido hace unos años. Unos meses antes del mismo, con veintiún años, se provocó un aborto tras la primera relación sexual, con un chico que luego la abandona. *Depresión* tras el aborto. A los 19 años la despiden del trabajo que le gustaba sin encontrar motivos para ello. Según sus argumentos, si no hubiera abortado no hubiera tenido el accidente, ya que este ocurrió al salir de una discoteca, en un momento en que hubiera estado muy avanzado el embarazo, y por lo tanto no hubiera acudido allí. Está en tratamiento farmacológico por psiquiatra de otro centro, y los medicamentos prescritos son incompatibles con ciertos alimentos. Pero por las noches se despierta con una necesidad compulsiva de comer, y precisamente toma aquello que tiene prohibido. Ha hecho de «canguro» con mucha dedicación, «como si fueran mis hijos». En la segunda entrevista se pone de manifiesto el resentimiento y los deseos de venganza, por haber sido abandonada, en concreto por el chico que la dejó embarazada. Es la pequeña

de varios hermanos, siendo los padres muy mayores. En parte acude a psicoterapia porque no se siente comprendida por los psiquiatras que le dan medicación

Comentario supervisión. Muy sensible a las experiencias de abandonado (el trabajo, el chico). Mucha culpa por el aborto. Intentos de pseudo reparación mediante el trabajo de «canguro». No sentirse comprendida es ser abandonada. De ahí, que ataque a los psiquiatras, y lo hace atacándose con la ingesta nocturna compulsiva de alimentos antagónicos de la medicación. Se plantea como *focalización*: su resentimiento por los abandonos, con una tendencia a ser ella quien abandona, con sentimiento de culpa y necesidad de autocastigo, posterior, creando un círculo vicioso que dificulta sus relaciones.

Evolución: En la segunda sesión habla del accidente de un primo que se encuentra en coma irreversible. Muy afectada. La tercera, no se puede hacer a causa de la terapeuta. A partir de ahí, la paciente plantea muchos problemas de horarios para continuar las sesiones. Se reactiva la *bulimia nocturna***.** Todo en ella nos reafirma en la supervisión que la reacción de la paciente ante las experiencias de abandono constituye el tema central. La paciente ha tenido problemas para aceptar las condiciones del encuadre, en particular, llegando tarde con frecuencia. De manera que si bien piensa en los días que faltan para venir a la sesión, cuando es el día, siempre llega tarde. Como si el tratamiento estuviera marcado por el comienzo en el que la terapeuta no pudo estar en una de las primeras sesiones, un día que coincidió además con el accidente de un primo, en coma, estando ella muy angustiada y necesitada; con lo que se reactivaron las ansiedades insoportables de ser abandonada. Llegar tarde es una manera de retrasar la temida realidad de que la terapeuta pueda no estar nunca más, así como una manera de proyectar el sentimiento de abandono en ésta. Por otro lado, la terapeuta muestra las dificultades de la paciente para «tomar» lo que se le aporta en las sesiones. Parece que la imagen de unos padres mayores y frágiles está presente, así como la idea de una situación irreparable, la del tratamiento que no empezó bien. Así que abandona cuando lleva 15 sesiones, pero han transcurrido seis meses, pues en medio ha habido un mes de interrupción por vacaciones estivales.

Hipótesis: Esta paciente parece que presenta una sensibilidad especial al dolor por las experiencias de abandono. Ello le lleva a proyectarlo en otros, pero con la consiguiente culpa, que luego se le hace igualmente difícil de tolerar. La ausencia de la terapeuta en una de las primeras sesiones parece haber marcado el curso posterior de la terapia,

porque quizá no se le prestó la debida atención. Ha reactivado el sentimiento de abandono, y además ha permitido proyectar en la terapeuta la culpa por los abandonos ocasionados por ella (el aborto, especialmente). Por otra parte, parece que los retrasos de la paciente a las sesiones no fueron suficientemente valorados en el seminario, con lo cual, aunque con ello proyectaba en la terapeuta el sentimiento de abandono, generaba más sentimiento de culpa, cada vez más insoportable, por lo que tuvo que interrumpir el tratamiento. Con la interrupción, además, será la terapeuta quien viva de manera definitiva la experiencia de ser abandonada. Por último, parece que tampoco se tuvo suficientemente en cuenta la importancia que para esta paciente tenía el hecho de que en medio del proceso terapéutico hubiera el corte de un mes de vacaciones, sentido como un nuevo abandono.

Caso 52

Interrumpe a los 12 meses. 34 sesiones.

Clínica: chico de 22 años que acude por depresión tras ruptura sentimental con chica que le acompañó durante toda su adolescencia y que, ahora, se ha enamorado de otro. Se aprecia al paciente que sufre, es sincero, con aspectos sanos, adultos y colaboradores. Tiene poca confianza en los padres. Recuerda que de pequeño, los padres le regalaron la primera bicicleta, pero resultó grande para él, pues no abarcaba con las manos los frenos, por lo que a la primera vuelta se golpeó contra la pared y se partió el labio y la ceja. En las entrevistas, no se evidencian los aspectos infantiles. Al parecer, le inquietó que un chico le propusiera un acercamiento sexual.

Comentario supervisión. La separación de la chica le plantea un duelo difícil de elaborar. No sólo por la pérdida de ella, sino porque le cuestiona su identidad sexual, puesto que ha sido con ella con la que se ha iniciado como hombre. Al dejarle, duda de la consistencia de su masculinidad. ¿Por qué le propuso un chico un acercamiento sexual? ¿Qué vio en él? Parecía preguntarse. *El foco*: la ruptura con la chica con las implicaciones que de ahí se derivan respecto de su identidad sexual.

Evolución: Se aprecia un funcionamiento adolescente con dificultad para crecer, por lo que ha de adoptar posturas pseudo adultas. La dificultad estriba en la poca confianza en la fortaleza y capacidad de contención de los padres internalizados, con quien identificarse y, por desplazamiento, en la transferencia con la terapeuta. No se atreve a mostrar quejas por el retraso de ésta en una sesión, pues teme que eso pudiera estropear

la relación. Quisiera ir muy de prisa en el crecimiento, más de lo que sus posibilidades le permiten, porque eso es lo que esperan los mayores. En la supervisión se recuerda el accidente infantil de la bicicleta para evitar pretender ir demasiado rápido en el crecimiento psicológico. Al año de psicoterapia, en la sesión 34, última registrada, plantea su decisión de poner punto final al tratamiento. El paciente expresa su agradecimiento por la ayuda recibida, pero no está dispuesto a reconsiderar la espera hasta el tiempo acordado.

Hipótesis: Parece evidente que en este caso el paciente anticipa el final para evitar una nueva experiencia de separación, como la que tuvo con la novia. Existe el temor a que el final del tratamiento sea sentido por él como una ruptura y se reactive una demanda voraz. O que no pueda soportarla. Probablemente, también, es una persona que necesitaría un tratamiento más prolongado.

Caso 53

Interrumpe a los 12 meses. 42 sesiones.

Clínica: chica de 25 años con inhibición académica para terminar la carrera. Duelo patológico de hermano mayor muerto bruscamente (en accidente de moto) hace cinco años. Ella es la penúltima de varios hermanos. Dice que no sintió mucho la muerte porque durante el curso estaba fuera de casa, en otra ciudad. La muerte del hermano desestructuró la familia. La paciente se infravalora y castiga por no cumplir con sus exigencias académicas.

En las notas de la supervisión, se dice que la culpa por la muerte del hermano es secundaria. Y se concede más importancia, en cambio, al temor a crecer personalmente en su vida, como *foco principal*. Posteriormente, se ha podido ver lo equivocado de tal apreciación, aunque en ello contribuyera la comunicación de la paciente, quien consideraba que la muerte del hermano era algo resuelto que no parecía afectar su vida. En realidad, el foco estaba bien planteado, en cuanto una dificultad en crecer pero también ligado al duelo no elaborado por la muerte del hermano. Una vez más se trata de un duelo antiguo (hace cinco años) no resuelto, es decir, patológico. Aunque la psicoterapia ha podido llevarse a cabo casi hasta el final.

Evolución: En la supervisión de la sesión 16 y 17, se insiste en la dificultad de la paciente en aceptar hacerse mayor, utilizando los recursos yóicos que tiene. Lo infantil de ella ha estado negado, y ahora parece que reclame o lo reivindique pero de una manera

muy radical. Sería la niña que no quiere crecer. En la sesión 35 y la 36, se le señalan sus dificultades para crecer, que están desplazadas en no acabar el trabajo de fin de carrera. Cuando la paciente imagina que en la entrevista laboral que tiene pendiente le pregunten por qué no ha acabado la tesina, ella respondería que «por problemas familiares». De hecho, la fantasía subyacente a esta excusa podría ser la clave, si pensamos que tales problemas familiares radican en la muerte del hermano no elaborada. Cuando falta poco para terminar la psicoterapia, la paciente se plantea entrar en un grupo de ayuda terapéutica, lo que entendemos como una clara actuación para negar esta separación por el final. Se le indica la dificultad para acabar una etapa de su vida, la carrera, los estudios, y en lo que respecta aquí, la psicoterapia.

El final de esta psicoterapia se complicó por otra circunstancia. La terapeuta supo que se encontraba embarazada una vez iniciado el tratamiento y hubo de interrumpirlo, durante dos meses, por el parto, cuando se llevaban unos diez. Es por eso que se alargó dos meses más, cuando había transcurrido un año desde el comienzo. De todas formas, a las pocas sesiones de reanudar el tratamiento por parte de la terapeuta, y faltando aún dos meses para acabar, la paciente vino a la sesión 42 decidida a abandonar, porque ya había iniciado el otro tratamiento de grupo, donde además se siente mejor, porque hay menos distancia emocional. En la *supervisión*, se interpreta esta actuación como una intolerancia a vivir la separación del final, a lo que se añade, el resentimiento de la paciente por el abandono durante dos meses por parte de la terapeuta. Además, un abandono para ir a ocuparse de su propio hijo, con los correspondientes sentimientos de celos y rabia. Se considera que al hacer la indicación de PBP no se valoraron suficientemente sus dificultades ante las experiencias de separación, agravadas luego por la circunstancia del embarazo y ausencia de dos meses de la terapeuta para cuidar de su hijo. Aunque el problema central no es tanto la separación, como el sentimiento de pérdida, es decir, la vivencia de que toda separación implica la muerte de una relación y su incapacidad para elaborar ese duelo por los sentimientos de culpa. O mejor dicho, que en esta paciente la experiencia de separación está ligada a la de muerte del otro dentro de ella, o de ella dentro del otro.

3. Conclusión. Hipótesis generales de la interrupción

Atendiendo a la experiencia recogida, estas son algunas de las razones posibles que podemos aducir como fuentes de interrupción de la psicoterapia.

Inadecuada indicación de la psicoterapia

Bien porque el paciente no está dispuesto a hacer el esfuerzo emocional necesario, bien porque su capacidad de *insight* sea insuficiente. O recordando lo que hemos visto sobre indicadores, porque no reconoce en sí mismo al paciente ni al niño, o que el adulto y los aspectos sanos no están presentes en adecuada proporción.

Etapa o momento del proceso en que se produce la interrupción

Ello nos permite intentar comprender lo que pueda haber motivado la interrupción. Cuando la interrupción de la relación con el terapeuta se produce en la primera etapa del proceso terapéutico, cabe pensar que es debido al predominio de las *ansiedades de tipo paranoide* que obstaculizan el establecimiento del vínculo necesario para poner en marcha la psicoterapia. También, como hemos visto en alguno de los casos, porque el paciente no tiene la suficiente fortaleza psíquica para tolerar la experiencia psicoterapéutica, por lo que ha de interrumpir enseguida. Cuando la interrupción tiene lugar en la etapa intermedia, es decir, transcurridos entre tres y nueve meses, la deserción puede venir motivada por la *decepción*, al no cumplirse las expectativas mágicas iniciales; también, porque ha ocurrido alguna incidencia por parte del terapeuta, como en algunos de los casos mencionados, que no fue bien resuelta. Y cuando sucede en la etapa final, entonces la perspectiva de la terminación del tratamiento con todo lo que pueda movilizar adquiere preponderancia, en cuanto a una intolerancia frente a las ansiedades de separación. Aunque en los dos casos que interrumpieron cuando llevaban un año de tratamiento es verosímil la hipótesis de que probablemente necesitaban un tratamiento más largo.

4. Formas de interrupción

Probablemente la forma de producirse la interrupción indica el tipo de relación que se ha establecido, independientemente de la intolerancia para enfrentar la separación de la terminación. Voy a considerar algunas posibilidades. El paciente que «comunica» su decisión despidiéndose **«a** la francesa», que simplemente desaparece, sin decir nada. Ocurrió con el caso 48, en el que una mujer con un duelo patológico antiguo tras realizar las entrevistas diagnósticas y habérsele indicado la PBP no acude ni a la primera sesión. Aquí, como dijimos, probablemente lo que se ha producido ha sido una huida ante la dificultad para enfrentar un trabajo psíquico del que la paciente no se siente capaz. Ni siquiera se ve con la fuerza suficiente para hacérselo saber a la terapeuta.

El paciente que comunica su decisión por *teléfono*. Puede estar interesado en hablar con el terapeuta, o por el contrario eludir esa responsabilidad comunicándolo a un tercero. Así ocurrió en el caso de «La chica histérica con conflicto materno» que vimos en el capítulo V, sobre focalización. En aquella ocasión se daba la complicidad de la madre, que fue quien llamó para dar por interrumpido el tratamiento. La respuesta del terapeuta en el sentido de tratar de restablecer la comunicación con la paciente, fue decisiva en ese caso para evitar la interrupción. Ahí había sido la complicidad de un aspecto de la paciente con la madre lo que iba contra el tratamiento.

El paciente que comunica *en sesión* haber tomado la firme decisión de abandonar. Aunque el paciente es capaz de encarar la situación ante el terapeuta, y ello indicaría una cierta capacidad de enfrentar problemas, no obstante depende de la manera que se haga. Por ejemplo, alegando la incapacidad del terapeuta, la ineficacia del método terapéutico, o por el contrario, «la huida hacia la salud», considerando que ya está curado. El primer escenario es el que ofrece el caso 53 de la chica del hermano muerto, que viene a la sesión a decir que no vendrá más porque ya ha encontrado otro lugar, un grupo terapéutico, donde allí sí que hay menos distancia emocional. Pero esto lo dice precisamente cuando faltan unas sesiones para terminar, como vimos. La información personal, si bien es una manera de tener en cuenta a la terapeuta, al mismo tiempo no deja de estar al servicio de «decirle en la cara» que no es una profesional suficientemente competente al no ofrecer la calidad emocional necesaria, en comparación con el otro lugar.

Otra situación es la del paciente que en el curso del proceso terapéutico *informa de sus pensamientos* sobre la posibilidad de acabar, lo que plantea como una propuesta o un tanteo para conocer la respuesta del terapeuta. Aquí existen más posibilidades de trabajar la amenaza de interrupción. De nuevo es importante reconsiderar el momento del proceso terapéutico para una vez comprendido informarle al paciente sobre ello.

En cualquier caso, aun cuando el paciente no comunica nada explícitamente respecto de interrumpir el tratamiento, es importante estar atento a los datos que puedan aportarnos el material que trae, hablando de situaciones de abandonos, de pérdidas, etc. bien sea en su vida relacional, en sus sueños, etc. y que expresen fantasías inconscientes relativas a la posible amenaza de interrupción de la psicoterapia.

El problema que se plantea para el terapeuta es hasta dónde aceptar la decisión del paciente sin más, o bien, aunque se acepte su decisión aportar las razones que nos llevan a mantener la indicación de continuidad del tratamiento. Eso nos conduce a dos posturas técnicas: la interrupción acordada y la interrupción unilateral.

La interrupción acordada es cuando en el curso del tratamiento surge una circunstancia externa imprevista al comienzo del mismo y que obliga a tener que interrumpir. Puede suceder cuando el paciente ha de trasladarse de ciudad por motivos laborales o de estudio. En tal caso, así que el terapeuta tenga conocimiento de este incidente es razonable que revise la cuestión del tiempo que queda hasta la terminación a fin de procurar trabajarla en la medida de lo posible. Tanto en el sentido de evaluar lo conseguido como de ayudar a la elaboración de la separación.

La interrupción unilateral. Cuando la suspensión del tratamiento se produce por iniciativa del terapeuta, se supone que será por razones ajenas al mismo, y que tampoco estaban contempladas al inicio de la psicoterapia. En nuestra experiencia tal hecho se dio en el caso ya mencionado de la terapeuta embarazada en el curso del proceso terapéutico. Aunque la interrupción no fue definitiva, sino de un intervalo de dos meses, ofreciendo luego alargar el tratamiento en ese tiempo para así completar el período de un año, acordado al principio. Pero de todas formas ya vimos que supuso un trastorno para la paciente, además por la problemática específica que ella planteaba con la cuestión de los abandonos en su vida. En el caso de la interrupción unilateral por parte del paciente, es importante que aún aceptando la decisión, el terapeuta pueda, en primer lugar, ofrecer las razones por las que considera que no es adecuado. Y en segundo lugar, dejar abierta la posibilidad de la vuelta, por si más adelante considera que puede serle de ayuda. De

esta manera, el paciente no marchará con la idea de un terapeuta persecutorio porque no ha cumplido con el pacto de mantenerse en psicoterapia todo el tiempo acordado.

Capítulo X

Aprendizaje y supervisión en Psicoterapia Breve Psicoanalítica

1. Aprendizaje en PBP

En este capítulo, quisiera detenerme en el factor psicoterapeuta en cuanto al aprendizaje necesario para la realización de la PBP. Como ya dije, al revisar el trabajo de M. Balint, la versión española de su libro *Psicoterapia focal* lleva el subtítulo de: «Terapia breve para psicoanalistas». Es decir, realizada por psicoanalistas. Creo que con ello se pretende llamar la atención en varios aspectos. En primer lugar, que no es una actividad de fácil manejo, pues al emplear elementos teóricos y técnicos psicoanalíticos existe el riesgo de que al no ser un psicoanálisis propiamente pudieran transformar la psicoterapia en una especie de caricatura del psicoanálisis. Podría deducirse que solamente sabiendo lo que es la práctica psicoanalítica se estaría capacitado para diferenciar ésta de otras actividades psicoterapéuticas. En este sentido, solamente el psicoanalista sería apto para realizar las psicoterapias derivadas del psicoanálisis. Y con mayor motivo si se trata de una psicoterapia a tiempo limitado o focal, donde compaginar las aparentes contradicciones que hemos expuesto a lo largo de los capítulos precedentes no es tarea fácil. Pero tal advertencia hay que situarla en el marco histórico en que la escribió M. Balint, cuando existían los riesgos de «abreviar» el psicoanálisis. Y por otra parte, hoy día, el psicoterapeuta de formación psicoanalítica es una profesión bien establecida.

Esta obra, además, es prueba de ello, pues buena parte del material procede de las psicoterapias realizadas por psicoterapeutas[22], en la medida que han recibido una formación adecuada. Aunque no es el lugar para detallar las características de la formación del psicoterapeuta de psicoterapia psicoanalítica, en general, tan sólo mencionaré algunas de las condiciones que facilitan esa formación: tener una experiencia personal psicoterapéutica, preferiblemente un psicoanálisis, junto a la práctica de psicoterapias largas supervisadas, son los dos requisitos *sine qua non*. Que se completará con la correspondiente formación teórica.

Para la PBP, dado que presenta algunas modificaciones respecto de la psicoterapia habitual, aun el terapeuta con experiencia en esta última, necesitaría compartir su práctica en un grupo de discusión o supervisión. En caso contrario, cabe el riesgo de mantener la misma actitud técnica que para la de larga duración, lo que dificultará el manejo de la PBP, en especial su terminación.

En realidad, para realizar la PBP con unos criterios estrictos de sus fundamentos psicoanalíticos, pero dentro de los límites que permite su *setting* sería conveniente llevar a cabo dicha práctica bajo supervisión durante varios años. Ello permite ampliar la gama de indicaciones de la PBP. Indicaciones que serán más restrictivas si se trata de un terapeuta sin experiencia en la misma y sin el apoyo y estímulo del grupo de supervisión. De no ser así cabe el riesgo de que se lleve a cabo una actividad más o menos psicoterapéutica, pero que tiene poco o nada que ver con lo psicoanalítico. Tal vez ello desalienta de entrada a los terapeutas para su realización. Otro factor que contribuye a que éstos no se interesen por dicha actividad, es el hecho de que si han tenido, o están viviendo, una experiencia personal terapéutica de una psicoterapia psicoanalítica o, más aún, si es un psicoanálisis, les resultará difícil aceptar que tenga alguna validez una terapia de un año de duración, o menos tiempo, al contrastarlo con la propia experiencia de varios años. Por otra parte, el aprendizaje teórico en psicoterapia suele estar referido al modelo de la psicoterapia de larga duración. Finalmente, puede existir un factor estrictamente personal que le aleje del interés por esta modalidad de psicoterapia, en cuanto no sentirse cómodo en otro encuadre distinto del clásico de la psicoterapia de larga duración; bien sea en el *setting* de una terapia grupal, con lo que supone la presencia simultánea de varios pacientes, o en el caso de la PBP el tener que soportar la cierta presión de la limitación del tiempo.

Pero para que exista interés en el aprendizaje de la PBP será necesario que adquiera un espacio terapéutico propio que dé cabida a la atención de determinados pacientes, constituyéndose en instrumento psicoterapéutico válido. Con ello se evitará considerarla como una actividad terapéutica menor, que es necesario realizar para paliar la presión asistencial pública, aunque no se conozca suficientemente, o ni eso, simplemente ni se la tiene en cuenta por la limitación de sus objetivos. Curiosamente, es lo que a veces sucede con algunos pacientes cuando en una psicoterapia psicoanalítica e incluso en un psicoanálisis, se quejan de la insuficiencia de la ayuda que se le ofrece por ser limitada, frente a sus intensas demandas, de tal forma infravaloran y desechan lo que sí podrían estar recibiendo. Habría que pensar si la actitud de no reconocimiento de la PBP, además de por los factores mencionados anteriormente, no estaría relacionada con un cierto sentimiento de humillación, de herida narcisista que para el psicoterapeuta de orientación psicoanalítica puede suponer el verse «limitado», «restringido» a una actividad profesional psicoterapéutica «menor», comparativamente con el psicoanálisis o las psicoterapias largas. Aunque también es posible encontrar la reacción inversa. Es decir, los que magnifican las psicoterapias breves por su agilidad y economía en contraste con el «anquilosado» y «antieconómico» proceso psicoanalítico, hasta el punto de considerar a aquellas como la psicoterapia alternativa.

Dicho esto, iría más lejos en el sentido de que el aprendizaje y práctica de la PBP puede tener un efecto beneficioso incluso para la formación del psicoterapeuta de orientación psicoanalítica, en general. Es claro que la formación de éste, en cuanto a sus aspectos clínicos y técnicos debe basarse en la práctica de la psicoterapia de larga duración que ofrezca unas condiciones de encuadre más adecuadas. Las características generales del tratamiento psicoterapéutico tipo más habituales suelen ser: un paciente adulto más o menos neurótico, en una relación cara a cara; con una frecuencia de una, o mejor dos sesiones por semana, y una duración no determinada pero que alcanza a varios años. Obviamente, el curso, ritmo, intensidad e incluso duración de ese proceso varía de unos pacientes a otros, y de unos terapeutas a otros, y del tipo de relación que se establece entre un determinado paciente y un determinado terapeuta.

Ahora bien, la tendencia bastante generalizada es que dichas variaciones estén en cierta manera determinadas, como decía más arriba, por el modelo de referencia de la práctica psicoanalítica al que se tiende a mimetizar de manera más o menos inconsciente. Además, ello dependerá de la idea que cada cual tenga de la misma en función de la

propia experiencia personal psicoanalítica o psicoterapéutica que se haya realizado. Y se entiende que sea así, en la medida que la psicoterapia psicoanalítica es la que más se aproxima por encuadre y objetivos a la práctica psicoanalítica. De ahí el que sea más difícil el diferenciarla claramente en la propia práctica. Porque un psicoterapeuta, puede estar honestamente reconociendo que hace psicoterapia y no psicoanálisis, pero cuando se examina en una supervisión ciertas actitudes o interpretaciones, mimetizan del tal forma aquél que parecería que estuviera intentando realizar un supuesto psicoanálisis.

Por lo tanto, tener un conocimiento y práctica de algunas modalidades diferentes de psicoterapias, también de orientación psicoanalítica, serán otras referencias que al incluir variaciones en el *setting* y en el ritmo del proceso psicoterapéutico puede ayudar y enriquecer al terapeuta en formación a aprender ciertas habilidades que sólo, o de manera especial, en ese determinado *setting* y con ese ritmo podrán experimentarse. Es el caso, por poner unos ejemplos, de las psicoterapias de grupo, familiar, de pareja, así como la breve, que aquí nos ocupa. Ello es similar a lo que podemos decir de la conveniencia, para la formación del terapeuta, de tener la oportunidad de tratar pacientes de diferentes psicopatologías. Y ello cabe entenderlo, no solamente en el sentido de que el psicoterapeuta estará así más capacitado para tratar un repertorio más amplio de pacientes de diferentes psicopatologías sino que habrá tenido la oportunidad de desarrollar una capacidad de observación que le permita incluir una gama más amplia de aspectos y matices psicopatológicos dentro del mismo paciente, aun del considerado neurótico. Del mismo modo, la práctica de alguna otra modalidad de psicoterapia con encuadre diferente a la psicoterapia tipo, no solo le permite al psicoterapeuta la posibilidad de incorporar a su bagaje terapéutico estas otras modalidades sino que le capacita para tener una actitud más flexible e incluso diríamos realista dentro del mismo encuadre de la psicoterapia psicoanalítica de larga duración.

En el caso de la psicoterapia breve, el hecho de la limitación del tiempo, junto al de la focalización, condiciona el tratamiento y colocan al terapeuta en una situación especial que pone a prueba sus capacidades de contención, entre otras cosas. Aunque la psicoterapia psicoanalítica de larga duración incluye en el proceso terapéutico las interrupciones por las vacaciones, los fines de semana e incluso por el intervalo de una sesión a la siguiente, sin embargo, las ansiedades de separación se viven con especial intensidad cuando se habla de la terminación del tratamiento que en tales psicoterapias queda pospuesto a un tiempo indeterminado pero lejano. En la PBP, la duración limitada

y sabida desde el comienzo hace que tales ansiedades y las defensas correspondientes aparezcan relativamente pronto de iniciado el proceso, como tantas veces hemos reiterado. Como he dicho también, no es que tales ansiedades tengan que tratarse desde el inicio, pero probablemente se evidenciarán más y en consecuencia, deberán tratarse en los últimos meses de la psicoterapia, lo cual no deja de ser pronto desde iniciado el proceso terapéutico en comparación con la psicoterapia de larga duración, donde no se piensa en la terminación hasta que han transcurrido años.

Dado que la terminación reactiva en el paciente los niveles primitivos de su funcionamiento mental con una tendencia regresiva en la que se vuelven a reagudizar las manifestaciones psicopatológicas, como vimos en el capítulo VIII, es por lo que resulta para el terapeuta una experiencia difícil de contener. Como ya dije, ello requiere diferenciar si se trata de una reacción pasajera frente a la terminación como defensa ante la separación pero que puede ser tolerable y superable, o si estamos frente a una auténtica incapacidad del paciente para acabar el tratamiento. Surgen pues las dudas de si realmente la PBP ha sido suficiente o si deberíamos alargarla o derivar al paciente a otra psicoterapia. Ahí se pone a prueba la capacidad de contención del terapeuta para tolerar esa duda, antes de actuar enseguida ofreciendo otros recursos. Si el paciente ha colaborado en el tratamiento y se ha evidenciado una cierta evolución positiva durante los primeros seis–ocho meses, es previsible que esa reacción regresiva frente a la terminación pueda superarse en la medida que el terapeuta lo haya podido contener.

Pero para ello es imprescindible que el terapeuta tenga confianza en el método de la PBP, como procedimiento terapéutico lícito y válido en determinado tipo de pacientes. Hemos tenido oportunidad de observar en los seminarios sobre PBP con psicoterapeutas en formación que una de las resistencias a la terminación de la psicoterapia procede del propio terapeuta. Resistencias cuya fuente está en relación con sentimientos de culpa al pensar que están ofreciendo al paciente una psicoterapia «menor» que no puede atender las necesidades psicológicas que «realmente» tiene el paciente. Como hemos comprobado, tal preocupación se planteaba, a veces, ya desde el comienzo del tratamiento a pesar de haber considerado adecuada la indicación de la PBP para ese determinado paciente. La solución de compromiso a la que, más o menos inconscientemente, llega el psicoterapeuta en formación en ese caso, es la de ayudar al paciente en la terapia breve pero dejando abierta la posibilidad tranquilizadora de que siempre se le puede derivar a una psicoterapia de larga duración. Pero lo que a primera

vista parece un planteamiento sensato y correcto se convierte en una especie de trampa porque en realidad, en la medida que el terapeuta no confía en la PBP suficientemente delegará en la posible psicoterapia larga las reales posibilidades de ayuda para el paciente. Con lo cual no puede experimentar las posibles «bondades» de la PBP porque no se compromete del todo con ésta. Ello requiere una elaboración al que puede ayudar el trabajo en la supervisión. Y hemos observado que en el momento en que pudo clarificarse esta situación permitió, y en algunos casos de manera ostensible, un cambio del proceso psicoterapéutico que se había estancado. De manera que lo que parecía ser una dificultad del paciente para aprovechar el tratamiento, en realidad era una resistencia del terapeuta a confiar y asumir la responsabilidad del tratamiento en las condiciones y limitaciones que ofrece la PBP.

Así que la aceptación de las limitaciones inherentes a toda psicoterapia y no sólo la PBP es otro aspecto que el terapeuta puede aprender con esta modalidad terapéutica. La actitud básica de la psicoterapia de larga duración, más próxima a la de la práctica psicoanalítica, y a veces, como decíamos, tratando de mimetizarla, comporta de manera implícita que todo se podrá tratar. La experiencia de la psicoterapia breve requiere que el terapeuta haya de aceptar limitaciones impuestas por este método, lo que constituye un buen antídoto contra toda tendencia omnipotente que el paciente trata de estimular en el terapeuta (insistimos, en cualquier modalidad terapéutica), de una u otra manera, y que con relativa facilidad éste tiende a aceptar por los propios aspectos narcisistas.

2. La supervisión

2.1. Cuestiones generales

Toda supervisión en cualquier forma de psicoterapia de orientación psicoanalítica cumple varias funciones, entre las que destacaría básicamente tres: a) La finalidad de enseñar una técnica psicoterapéutica determinada: b) ayudar a pensar sobre la comprensión de la experiencia vivida con el paciente determinado que se presenta a supervisión; y c) de contención del impacto emocional que dicha experiencia genera en el psicoterapeuta.

Como se habrá apreciado, en esta obra el tipo de supervisión utilizado fue el realizado en el seno de un grupo. Ello comporta cuestiones técnicas en el manejo de la supervisión diferentes de cuando se trata de una supervisión individual, pero no es el momento de ocuparme de ello ahora. Tan sólo decir que el hecho de la presencia del grupo fue un factor a tener en cuenta. En primer lugar, porque la elaboración de lo expuesto por quien presenta el material es resultado de la participación grupal, aunque coordinada por el supervisor. En nuestro caso, además, la cohesión del grupo era mayor por estar enmarcado en un proyecto de investigación y en torno a la práctica de una técnica específica común, la PBP. A continuación daré una muestra de una supervisión grupal.

2.2 Ilustración clínica de una supervisión colectiva

El grupo está constituido por profesionales con un tiempo variable de experiencia en psicoterapia en general, de dos o tres en algunos, a muchos años en otros. Todos han hecho cursos teóricos para la formación de psicoterapeutas, así como para la introducción en PBP. El grupo funciona desde hace unos tres años. El material que presentaré corresponde a un caso presentado y recogido en tres sesiones de supervisión que tuvieron lugar con un mes de intervalo aproximadamente entre sí, [coincidiendo la primera con el inicio de la psicoterapia]. Como ya comenté, el sistema seguido en las supervisiones es que los comentarios son registrados por un miembro del grupo distinto de la terapeuta que presenta el caso, para luego en las siguientes tener la oportunidad de contrastarlo con el nuevo material.

La psicoterapeuta trae al seminario el material de las primeras entrevistas para estudiar la indicación de psicoterapia que según su valoración parece adecuada. Expondré el caso

de manera muy resumida, señalando tan sólo aquellos datos que nos ayuden a ilustrar cómo funciona la supervisión.

La terapeuta nos habla de una mujer adulta joven que viene por un cuadro depresivo, que se queja de estar agobiada porque tanto en el trabajo como en diferentes situaciones de su vida, parece que siempre es ella la que tenga que atender a todo. Enseguida aparece el hecho de la muerte de la madre acaecida diez años atrás. La paciente, que entonces era adolescente, tuvo que asumir una gran responsabilidad en la enfermedad previa de la madre que durante seis meses requirió de prolongados y difíciles cuidados, puesto que padecía de un cáncer muy extendido que le hacía sufrir intensos dolores. El hecho de ser ella la única chica de los tres hijos, hacía que tanto el padre como los hermanos esperaban que fuera ella quien asumiera las funciones de cuidadora, en especial de los cuidados físicos que continuamente la madre requería.

Nos explica la terapeuta que la paciente manifiesta que durante esos últimos diez años no ha parado de hacer cosas para lo cual no carece de inteligencia y capacidades yóicas. Pero ha llegado un momento en que llora por todo y se siente insatisfecha porque no acaba de encontrar un sitio en la vida, ni consigue ordenarla. Por eso pide ayuda. Trabaja y estudia. Ella sola ha debido salir de la situación en que quedó a la muerte de la madre. El padre y familia la han ayudado poco.

La terapeuta informa que la paciente tiene un recuerdo triste de su infancia. No entiende por qué se casaron sus padres. Y siempre se ha preguntado por qué los tuvieron a ellos, los hijos. En casa, ella nunca tuvo su cuarto propio pues durmió en diferentes lugares: la sala–comedor, el cuarto de los hermanos (dos varones) y hacia los 11–12 años en la cama de los padres. Vio pocas muestras de cariño en los padres entre sí, y de ellos para con los hijos. La muerte de la madre es algo que tiene siempre presente como si se sintiera culpable de algo.

Desde hace años, la paciente vive de manera provisional en casas de amigos. Está finalizando estudios universitarios de una lengua del país de donde procede la familia materna. Y está muy interesada en acabarlos porque le puede permitir acceder a una beca con la que iría a dicho país. Pero problemas surgidos con un determinado profesor, del que se queja por su falta de interés en los alumnos y al que, de alguna manera ella se ha enfrentado, han empeorado las cosas, y parece que harán imposible que este curso pueda finalizar.

En la *primera supervisión* hicimos la siguiente reflexión de la paciente: parece claro que existe un duelo no suficientemente elaborado por la muerte de la madre; y en la medida que no ha podido llorar dicha muerte, ha de llorarla ahora «por cualquier cosa», tal vez como un castigo por los sentimientos de culpa, entre otros, implicados en el duelo. Son evidentes los esfuerzos de la paciente por «hacer cosas» en un intento de evitar el dolor de dicho duelo, pero al mismo tiempo en intentos de reparación que no resultan auténticos. Así, el asunto del estudio de filología de una lengua próxima a la madre indicaría un intento de reparación, pero problemas de culpabilidad harían que ella misma se dificultara esa posibilidad, al contribuir al enfrentamiento con el profesor. Así pues, con su hiperactividad se va llenando de cosas que si bien, de una parte, evitan el contacto con el dolor por el duelo, de otra la cargan más. Pero éste es el problema de la paciente que no puede, ella sola, intentar una auténtica elaboración del duelo, y por eso ha venido buscando ayuda.

En la *segunda supervisión*, un mes y medio después, se ha iniciado ya la psicoterapia y la terapeuta aporta la quinta y sexta sesión. La paciente sigue deprimida, llena de cantidad de cosas de las que habla pero con el sentimiento de que «basta que se empeñe en hacer algo para que no le salga». Desearía tener su propia vivienda. Querría sentirse estable, y le pregunta a la terapeuta por dónde empezar con toda esta situación. Tiene la sensación de que sobra de los sitios, en sus relaciones familiares, con las amistades etc. Está preocupada por los exámenes, pero tiene tantas cosas en la cabeza que no puede estudiar. Y es una pena, piensa la paciente, porque si consiguiera acabar la carrera podría obtener la beca y marchar durante un tiempo al país de la familia materna. «Sería la oportunidad para empezar de cero…», dice la paciente. Como las cosas le han salido mal hasta ahora, la única idea es empezar de nuevo. La terapeuta le señala que tal vez la dificultad para vivir todo lo que está suponiendo la pérdida de la madre la lleva a tratar de olvidarlo, de manera que es como si tuviera que empezar todo de nuevo.

En esas dos sesiones la terapeuta ha ido tratando de mostrarse receptiva ante la paciente, dispuesta a ayudarla a enfrentar la elaboración del duelo por la muerte de la madre. Pero la paciente sigue manifestando el sentimiento de inestabilidad, así como que la expectativa de ir al país de la madre sería el empezar de cero, dejando atrás lo «malo». De manera que si consiguiera aprobar esa asignatura con cuyo profesor está enfrentada podría marchar después del verano (es decir, al cabo de unos meses de iniciado el tratamiento). En esta supervisión pudimos ver que dicha expectativa parecía

corresponder más a una falsa reparación que a un auténtico intento de reparación, dificultado por los sentimientos de culpa, como nos pareció ya en la primera evaluación que hicimos. Pero la paciente pregunta a la terapeuta por dónde empezar, porque son demasiadas las cosas que hay por aclarar: buscar una vivienda propia, acabar los estudios y marchar, arreglar las dificultades en el trabajo, y, sobre todo, pensamos en el grupo, tantas y tantas cosas como hay por hablar y tratar respecto de la muerte de la madre. Pero, en todo caso, nos pareció claro que la cuestión más urgente era tomar conciencia de la situación de inestabilidad que había introducido la paciente en la psicoterapia con la perspectiva de marchar fuera después del verano, y por lo tanto, implícitamente abandonar aquella. Y que esa inestabilidad era la terapeuta quien la estaba viviendo.

La insistencia en empezar de cero, suponía no contar con la continuidad de la psicoterapia. Marchar a la tierra materna, no sólo constituía una falsa expectativa, según lo cual a partir de ahí todo sería diferente, sino que además dejaba el tratamiento supeditado a esa situación. Es decir, que la terapeuta, y el tratamiento con ella, quedaban en la situación de inestabilidad que estaba viviendo la paciente desde hacía años, para no pararse a mirar dentro de sí misma, en especial los sentimientos en relación al duelo. Así que la respuesta urgente a plantear era justamente la necesidad de pensar en sus cosas, empezando por establecer la continuidad de la psicoterapia durante un tiempo al menos. Y quizás la paciente tenía sus dudas sobre si la terapeuta, al no afirmar claramente esta cuestión, temía no poder hacerse cargo de tantas cosas con las que ella la estaba cargando.

En la *tercera supervisión*, estudiamos las sesiones 12 y 13 en las que se ha producido un cambio, casi diríamos que espectacular. Lo que ha ocurrido es que la terapeuta ha mostrado a la paciente la necesidad de garantizar la estabilidad de la psicoterapia reasegurando las condiciones del *setting*, que incluía un tiempo mínimo en el que la terapeuta estaba dispuesta a ayudarla y que implicaba, a su vez, el compromiso de la paciente. Ello supuso para la paciente vivir la experiencia de una persona, terapeuta, que responde de manera diferente a como ella suele hacer. La paciente sigue viviendo en situación de provisionalidad para no enfrentar las situaciones dolorosas y ha tratado de que la psicoterapeuta viva también la situación incierta, inestable, de no saber si continuará o no después del verano. Le ha proyectado, pues, tales vivencias. La terapeuta no ha respondido devolviendo la proyección, en el sentido, por ejemplo, de decirle que ella debería intentar estabilizar su vida, conseguir una vivienda propia etc.

sino que la ha remitido a esta experiencia psicoterapéutica en la que se está reproduciendo la situación de inestabilidad. Así que la terapeuta muestra su disponibilidad para ayudarla en el tiempo acordado, en este caso de un año, si la paciente acepta ese compromiso.

La consecuencia de este cambio de planteamiento fue manifiesta, según pudimos ver en el curso posterior de la psicoterapia hasta su finalización. Tanto en su disponibilidad en el tratamiento en revisar sus recuerdos y sentimientos para con la muerte de la madre, así como en la realidad externa. Respecto de esta última ha conseguido una vivienda propia, ha mejorado la relación con el profesor hasta el punto de que ha conseguido aprobar la asignatura sin que eso signifique necesariamente que ha de marcharse ya, puesto que la paciente ha entendido que ahora es prioritario atender y poner orden en su vida mental. Por otra parte, haciendo el traslado de piso resulta que ha encontrado (¡!) unos papeles escritos por la época de la muerte de la madre en los que habla de vivencias que tuvo por entonces, todo lo cual lo aporta a la psicoterapia. Es como si se hubiera producido un desbloqueo, el cual permite a terapeuta y paciente pasar a examinar qué es lo que está ocurriendo en la paciente en la actualidad que tiene que ver con ese duelo no resuelto.

Por lo tanto, la terapeuta se encontraba atrapada en una situación que reproducía en cierta manera lo que estaba viviendo la paciente. La continuidad de la psicoterapia no estaba garantizada después del verano, pues dependía de que la paciente aprobara la asignatura pendiente. Se crea así una situación de inestabilidad que es trasladada a la terapeuta. Pero además, también delega en ésta la resolución del dilema que tiene planteado. ¿Aprobar, o no, la asignatura pendiente? Si no aprueba, puede continuar la psicoterapia, pero a costa de sacrificarse ella, una vez más, como siempre. Si aprueba, podrá marchar a estudiar fuera, pero tendrá que interrumpir el tratamiento. La terapeuta pudo tomar conciencia con la ayuda del grupo de supervisión, de esta identificación proyectiva en la que se encontraba atrapada. La paciente le estaba proyectando su inestabilidad, y al tiempo la había colocado en una situación de inmovilidad al delegar en ella la solución del dilema de si aprobar la asignatura o no con sus consecuencias, respectivas. Este *insight* grupal con la terapeuta permitió desbloquear la situación.

3. Conclusiones finales

3.1. En primer lugar, no creo ocioso insistir en la necesidad de delimitar conceptualmente el término psicoterapia para facilitar una adecuada comprensión de lo que por tal práctica se quiere decir. Aún si se la adjetiva de psicoanalítica es necesario precisar qué teoría psicoanalítica la sustenta. Asimismo, deben delimitarse los objetivos terapéuticos y la técnica utilizada para evitar confusiones. Como se ha dicho, hay que establecer una clara distinción entre diferentes actividades terapéuticas, cada una con su respectivo método. Ya expuse en la Tabla 2.1, las que he frecuentado en mi experiencia con las características respectivas. Y entre las cuales se encuentra, como una posibilidad más, la PBP.

3.2. El método que ofrece la PBP tiene un ámbito terapéutico de acción específico si se adecuan estas tres variables: la psicopatología del paciente, los objetivos terapéuticos propuestos y la formación y experiencia del psicoterapeuta. Hemos visto que los pacientes que hemos denominado con un *duelo patológico antiguo* y los *adolescentes tardíos*, respondieron bien a la PBP, aunque no es suficiente el diagnóstico, sino tener en cuanta otros aspectos indicadores de la personalidad del paciente, pues algunos pacientes, aunque menos, con los mismos diagnósticos no fueron aptos para la PBP.

3.3. Como puede desprenderse de lo que he venido exponiendo, la realización de la PBP requiere de un esfuerzo especial, tanto para paciente como para el terapeuta, si realmente se quiere llevar a cabo un tratamiento en la línea que aquí he desarrollado. Ello presupone una buena capacidad de contención de la pareja terapéutica. En primer lugar, se requiere un terapeuta capaz de mantener con firmeza las condiciones del encuadre, así como una actitud y capacidades terapéuticas. Como ello no es fácil por las razones aducidas, parece conveniente, sobre todo al principio, una actividad de supervisión o grupo de trabajo de intercambio de las experiencias psicoterapéuticas, coordinado por un psicoanalista o un psicoterapeuta con larga experiencia. Dicha supervisión podrá actuar de contención para el terapeuta, y no sólo de aprendizaje (aunque en realidad el término contención en el sentido de Bion implica aprendizaje, Bion, 1963.). El terapeuta podrá prescindir de esta ayuda una vez incorporado el método de la PBP.

3.4. Si bien es el terapeuta el que debe asumir una mayor responsabilidad en cuanto al mantenimiento del *setting* como factor para la contención de la pareja terapéutica, esperamos que el paciente colabore en ello según sus posibilidades. Y entre estas se cuentan sus recursos mentales sanos, pero también la existencia de un medio sociofamiliar inmediato no demasiado perturbado, para que puedan actuar, en parte, como continente de ciertas ansiedades y actuaciones que siempre se movilizan en el proceso psicoterapéutico. En el caso de que el medio sea muy desfavorable por trastornos mentales de consideración de algunas de las personas próximas al paciente, será necesario clarificar esta cuestión antes del inicio y proponer la ayuda terapéutica asistencial pertinente con otro profesional. A veces sucede que tal demanda de psicoterapia del paciente está ligada, «contaminada» con la demanda oculta de la familia para que atendiendo a éste, él o ella pueda hacerse cargo de los demás. El trabajo en equipo permitirá que esas demandas implícitas puedan desvelarse y en la medida de lo posible se reconduzcan a demandas explícitas que reciban su tratamiento específico. Y solamente así habrá garantías de una mayor contención del medio familiar para que el paciente pueda llevar a cabo la psicoterapia.

En ocasiones, hemos comprobado la situación inversa, es decir, un paciente grave que está siendo tratado y que al cabo de un tiempo acude el familiar más sano solicitando una ayuda psicológica. La situación que se ha dado es que el familiar «sano» que durante tanto tiempo se ha venido haciendo cargo del familiar enfermo (y ciertamente más enfermo, psicótico), seguramente ha colaborado mucho en ayudar a éste, pero al mismo tiempo satisfaciendo muchos aspectos omnipotentes, al pretender asumir él (o ella) solo toda la responsabilidad y carga de la situación familiar (es el caso VII de «La chica del entorno desfavorable»). Cuando acepta que el familiar sea tratado, puede empezar a reconocer la descarga emocional que eso supone, el alivio, así como el reconocer la propia necesidad de ser tratado él mismo. Pero las posibilidades de contención pueden proceder de otros recursos sociosanitarios cuando se trabaja con la necesaria coordinación. Recordemos el caso de M. Balint (capítulo I), donde el médico de cabecera resultó un elemento continente importante del tratamiento, dejando aparte las inevitables complicaciones que ello también comporta, según vimos, es decir de todo lo que queda disociado en esas figuras extra–terapéuticas, cuando son importantes para el paciente. Por lo tanto, en ciertos casos, la colaboración cuidadosa y prudente para no interferir demasiado con el *setting*, a ser posible por otros compañeros del equipo con los médicos

de cabecera, o los servicios sociales pueden ser útiles y en determinados momentos imprescindibles para conseguir una mayor contención.

3.5. Si bien estamos tratando de dar validez a la PBP como instrumento terapéutico útil, tanto en la práctica asistencial como incluso en la formación de los psicoterapeutas, hemos de señalar también los riesgos de una dedicación exclusiva o casi fundamental de la misma pues puede conducir a su sobrevaloración. En algunos de los textos de los autores sobre psicoterapia breve mencionados (Bellak, J. y Small, L., 1965; Kesselman, H., 1972; Malan, D.H., 1976; Ruiz Ogara, C., 1969; Small, L. 1971.) se aprecia que el entusiasmo por la misma lleva a considerarla como la psicoterapia por excelencia, que da la alternativa a cualquier otra modalidad psicoterapéutica, incluido el psicoanálisis, para atender las demandas de las más diversas psicopatologías. Es decir, que la práctica de la psicoterapia breve según la muestran estos autores, justamente conduce a caer en el error que habíamos defendido que se podía subsanar con la misma práctica. Quiero decir que la PBP contribuye por sus condiciones de limitación a disminuir las tendencias omnipotentes del terapeuta. Ahora vemos precisamente lo contrario, y más acentuado. O sea que esta psicoterapia con un coste económico de energías, para paciente y terapeuta, mucho menor que cualquier otra modalidad de psicoterapia psicoanalítica será capaz de dar cuenta de las demandas de aquel. Para que esto sea defendible no puede ser válido entonces un modelo basado en los principios teóricos y técnicos psicoanalíticos como los que hemos expuesto en esta obra, por lo que sería necesario modificar la teoría del modelo del funcionamiento mental, pero en un sentido, a mi juicio, restrictivo y simplista. De esta manera algunos desarrollos en psicoterapias breves que se iniciaron fundamentándose en principios psicoanalíticos, se han alejado tanto de éstos que da la impresión que tienen muy poco que ver con lo psicoanalítico. El caso extremo estaría representado por Davanloo. Pero aún el propio Malan, en una de sus últimas obras (Malan, 1976) da la impresión de caer en este error, al haber necesitado simplificar la concepción de la mente para que así sea justificable la priorización de las psicoterapias limitadas o breves respecto de otras formas de psicoterapia psicoanalítica.

Por lo tanto, si bien la práctica de la PBP puede ser útil para la formación del psicoterapeuta en el sentido ya apuntado, parece que es absolutamente necesario la situación inversa. Que toda formación en PBP se acompañe de la práctica de la psicoterapia psicoanalítica tipo. De esta manera será posible no perder de vista las

complejidades de la mente, aun cuando estemos realizando una actividad que ha de dejar de lado muchas de tales complejidades.

Apéndice

Casos clínicos detallados

A continuación expongo la relación de los casos clínicos descritos en detalle. Incluyo los aspectos importantes que pueden encontrarse específicamente en cada uno de ellos. También recojo algunas expresiones de cada paciente para indicar en qué han consistido los logros terapéuticos.

Caso I: «El chico responsable de la “higiene” relacional familiar»
Capítulo III. Indicaciones

Logros en expresión del paciente: «no idealiza al niño puro, que encubre al perverso». Reconocimiento de la importancia del tratamiento en su vida, y sentimiento de pérdida ante la terminación. Admite que hay una lista de cuestiones no resueltas que quedarán pendientes, pero se ve distinto a un año antes, en especial: «cuando vino estaba angustiado y no sabía por dónde tirar, ahora, pisa con los pies en el suelo». Metáfora del tratamiento: «Haber construido una casa entre ambos, y ahora me toca vivirla a mí». Ha aprendido que, ante el sufrimiento, hay dos formas de reaccionar: o quedarse hundido, como víctima; o pensar por sí mismo, luchar para salir de la situación.

Caso II: Histeria y conflicto materno
Capitulo V: Focalización

Este caso es ilustrativo de varias cosas: el deslizamiento del foco y la necesidad de mantener el encuadre específico de la PBP con la paciente.

Caso III: «La mamá hiper–responsable»
Capítulo V. Focalización

Logros según la paciente: «a aprender a establecer los límites dentro de los cuales aceptar lo que es responsabilidad suya y observar lo que ella considera que es de los otros». «Cuando le ocurre algo en su vida de cada día, puede pararse a pensar sobre lo que ha sucedido». Ahora puede permitirse disfrutar más de las cosas que le gustan, algo que ha conseguido sin proponérselo.

Caso IV. «Identidad masculina y Edipo no resuelto»
Capítulo VI

Este caso ilustra las siguientes cuestiones:

Intervenciones terapéuticas. Consecución del foco. Varios tipos de intervención terapéutica.

Logros en palabras del paciente: «vino liado, y ahora menos, pero surgen nuevos problemas… Al dejar de estar liado con los padres surgen las dificultades en las relaciones con las chicas. Hay un reconocimiento de la ayuda y una preocupación por lo que debe haber cargado a la terapeuta. Al diferenciarse de sus padres, puede desear tener su propio piso, es decir, su autonomía física y mental.

Caso V. «El hombre de los petardos»
Fobia y agresividad disociada. Capítulo VI

Distintos tipos de interpretaciones incluidas las transferenciales en PBP. Consecución de los objetivos del foco; «he madurado durante el tiempo que llevo en tratamiento, y me siento menos dominado por reacciones infantiles». «Ya veo que el tratamiento me ha servido para pensar de una manera… ¿cómo diría? científica, quiero decir, pensar poniendo orden en el desorden» «me siento la misma persona aquí que con mi mujer o que con el jefe, mientras que antes me sentía muy diferente en un sitio y en otro». «Y también soy más capaz de luchar»… «También me he dado cuenta aquí, y he aprendido a valorar el sentido del tiempo. Yo antes quería las cosas enseguida… Ahora sé que requieren tiempo…»

Cambios en el uso del lenguaje. Ciertas expresiones adquieren un significado diferente («petardos», explotar, etc.) y otras las incorpora del terapeuta («tratamiento» en lugar de trato).

Y entrevistas de seguimiento:

1ª ES. «una de las cosas que he aprendido en el tratamiento es *el de un método para abordar los problemas».*

2ª ES. El paso por la psicoterapia ha sido un aprendizaje similar al de la escuela, «aprendí que existen unos pasos que es necesario dar, un método para poder resolver ciertas cuestiones».

Caso VI. «La esposa resentida»
Capítulo VII. Tiempo y proceso psicoterapéutico

Se da *un año de plazo para ver si funciona la pareja*.

«la psicoterapia también le ha cambiado al marido».

«Estoy *sorprendida del cambio* de actitud que he experimentando, porque ahora *puedo pararme y reflexionar en las cosas*, en lugar de responder enseguida, actuando.

«No pensaba que fuera tan difícil el cambio interno» (a los 8 meses)

«No entiendo que desde que empezó la psicoterapia, hace ahora 10 meses, haya podido cambiar tanto».

«Agradece el esfuerzo del terapeuta, por lo que supone haber mantenido durante 45 minutos de cada semana, de todo un año una postura imparcial, sin tomar partido. La psicoterapia le está permitiendo enfrentarse a las cosas, le hace pensar…»

«Qué rápido pasa un año».

Caso VII: «La chica con entorno desfavorable»
Capítulo VIII. Terminación en PBP

Se aprecia evolución del proceso hasta la terminación. Se incluyen entrevistas de seguimiento. A pesar del factor entorno desfavorable fue posible la indicación de PBP por los datos favorables en la relación con la terapeuta, lo que se confirmó en el curso y terminación del tratamiento.

Expresiones de la paciente sobre los logros del tratamiento:

«He aprendido a abrirme, a entender más cosas de mí».

«Es como si hubiera crecido en este tiempo». Hay otra versión de la historia familiar que ella misma ha reconstruido en la medida que lo ha ido explicando en la psicoterapia.

Revalorización de los padres, a pesar de la madre enferma y del padre que abusó de la hermana.

No se siente como al principio, es evidente el cambio, sobre todo en verse con más capacidad para enfrentar los problemas sola.

En *entrevista de seguimiento*, la paciente reconoce otros logros del tratamiento: disminución del sentimiento de culpa respecto de la madre y de la hermana, con lo cual no necesita entregarse tanto, como una forma de expiación y no una auténtica reparación. En consecuencia, puede ocuparse más de sí misma sin culpa. Observa los aspectos inmaduros del novio y considera que a él también le iría bien una psicoterapia como la que ella ha hecho aquí. Es decir, ha disminuido la omnipotencia.

Cambios significativos del lenguaje: Esta misma paciente solía utilizar una muletilla al hablar «y eso…» como si no acabara de quedar satisfecha de que lo dicho fuera suficiente para haber conseguido comunicar lo que le pasa. Hacia el final del tratamiento, deja de utilizarla.

Bibliografía

Alexander, F. y French, T. (1946): *Terapéutica psicoanalítica*. Buenos Aires. Paidós.

Balint, M. (1957): *Le médecin, son malade et la maladie*. París. Payot. 1960.

Balint, M. y Balint, E. (1961): *Técnicas psicoterapéuticas en Medicina.* México. Siglo XXI Editores, 1966.

Balint, M., Balint, E., Gosling, R. y Hildebrand, P. (1966): *La capacitación psicológica del médico*. Barcelona, Gedisa, 1984.

Balint, M. y Norell, J.S. (Compiladores) (1972): *Seis minutos para el paciente. Las interacciones en la consulta del médico general*. Buenos Aires, Paidós, 1979.

Balint, M., Orstein, P. H. y Balint, E. (1972): *Psicoterapia focal*. Buenos Aires. Gedisa. 1986.

Bellak, J. y Small, L. (1965): *Psicoterapia breve y de emergencia*. México. Ed. Pax. 1975.

Bion, W. R. (1957): Differentiation of the Psychotic from No–Psychotic Personalities. En *Second Thoughts*. London, Karnac, 1993. Trad. Cast. *Volviendo a Pensar*. Buenos Aires, Paidós, 1977.

Bion, W. R. (1962): *Learning from Experience*. London, Karnac, 1991. Trad. Cast. *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires, Paidós, 1966.

Bion, W. R. (1977): *La Tabla y la Cesura*. Buenos Aires, Gedisa, 1982.

Braier, E.A. (1981): *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires, Ed. Nueva Visión.

Coderch, J. (1987): *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona, Herder.

Dewals, P.: (1972): *Psicoterapia. Un enfoque dinámico*. Barcelona, Toray, 1973.

Etchegoyen, R. H. (1986): *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires, Amorrortu editores.

Farré, Ll., Hernández y Martínez, M. (1992): *Psicoterapia psicoanalítica focal y breve*. Barcelona, Paidós.

Ferenczi, S. (1919): *Dificultades técnicas en el análisis de un caso de histeria".* En obras Completas. T. III. Madrid, Espasa–Calpe, 1981.

Ferenczi, S. (1925): *Contraindicaciones de la técnica psicoanalítica "activa"* en Obras Completas. T. III. Madrid, Espasa–Calpe, 1981.

Fiorini, H. (1973): *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires, Ed. Nueva Visión.

Freud, S. y Breuer, J. (1985): *Estudios sobre la histeria*. S.E. 2. London, Hogart Press, 1955. Traducción española: O.C. T. II. Buenos Aires, Amorrortu, 1978.

Guillieron, E. (1976): Psicoterapia breve de inspiración psicoanalítica" en P. B. Schneider: *Propedéutica de una psicoterapia*. Valencia, Nau, 1979.

Guillieron, E. (1983): Clasification des psychotherapies et psychotherapies bréves. *Psychotherapies* III nº 3, 145–151.

Guillieron, E. (1987): *Les psychotherapies brèves*. Encycl. Med. Chir. París. Psychiatrie. 27812L.

Kesselman, H. (1972): *Psicoterapia breve*. Madrid, Ed. Fundamentos, 1977.

Klein, M. (1935): A Contribution to Psychogenesis of Manic–Depresive States. *The Writings of Melanie Klein. Vol I*. London: Hogarth, 1987. Trad. Cast.: *Una contribución a la génesis de los estados maníaco–depresivos.* O.C. de M. Klein. T. 2. Buenos Aires. Paidós. 1988.

Klein, M. (1935): Mourning and its relation to Manic–Depresive States. *The Writings of Melanie Klein. Vol I*. London: Hogarth, 1987. Trad. Caste. *El duelo y su relación con les estados maníaco–depresivos*. O.C. de M. Klein. T. 2. Buenos Aires, Paidós, 1988.

Klein, M. (1946): Notes on Some Schizoid Mechanisms. In: *The Writings of Melanie Klein. Vol III*. London: Hogarth, 1987. Trad. Cast. *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides*. O. C. T. 3. Buenos Aires, Paidós, 1988.

La Lama, E. de, Castillo, J., Salamero, M., Aubareda, M., Font, J. y Hernández, V. (1994): Sobre el comportamiento en consumo sanitario de pacientes en psicoterapia focal y breve. *Informaciones Psiquiátricas. Nº 137:*295–305.

Malan, D. H. (1963): *La psicoterapia breve*. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1974.

Malan, D. H. (1976): *The Frontier of Brief Psychotherapy. An Example of the Convergence of Research and Clinical Practice*. New York, Plenum Medical Books Co.

Malan, D. H. (1979): *Psicoterapia individual y la ciencia de la psicodinámica.* Buenos Aires. Paidós. 1983.

Mitjavila, M. (1994): La iniciación del tratamiento. En A. Avila y J. Poch (comp.) *Manual de Técnicas de Psicoterapia*. Siglo XXI Editores, Madrid

Mounier, B. y Biodjekian, C. (1983): *A propos de la fin des psychotherapies d'inspiration psychanalytique.* Psychotherapies III, nº3, 165–171.

Paz, C.A. y colaboradores (1980): *Analizabilidad y momentos vitales*. Valencia, Nau llibres.

Pérez–Sánchez, A. (1990): *Elementos de psicoterapia breve psicoanalítica*. Barcelona, Fundació Vidal i Barraquer.

Pérez–Sánchez, A. (1996): *Prácticas psicoterapéuticas. Psicoanálisis aplicado a la asistencia pública*. Barcelona, Paidós.

Pérez–Sánchez, A. y Anabitarte, M. M. (1987): Psicoterapia breve psicoanalítica II: Focalización. *Informaciones Psiquiátricas*. 108, 139–150.

Pérez–Sánchez, A, Bermejo, J. y Canals, M. (1987): Psicoterapia breve psicoanalítica I: Concepto e indicaciones. *Informaciones Psiquiátricas*. 108. 129–137.

Pérez–Sánchez, A. y Camón, R. (1987): Psicoterapia breve psicoanalítica III: Tiempo y terminación. *Informaciones Psiquiátricas*. 108. 151–164.

Pérez-Sánchez, A.(2006): *Entrevista e indicadores en psicoterapia y psicoanálisis*. Valencia. Editorial Promolibro.

Peter, D. y Guillieron, M. et E. (1983): *Focalisation par le patient en psychotherapie analytique breve*. Psycotherapies nº3.

Pinkus, L. (1978): *Teoría de la psicoterapia analítica breve*. Barcelona, Gedisa, 1984.

Ruiz Ogara, C. (1969): Principios fundamentales de la psicoterapia breve de orientación dinámica. *Rev. Psiquiatría y Psc. Médica de Eur. Y América Latina*. T. IX. nº 2. 99–106.

Schneider, P–B. (1979): *Propedéutica de una Psicoterapia*. Valencia, Nau llibres.

Small, L. (1971): *Psicoterapias breves*. Buenos Aires, Granica, 1972.

Tizón, J. L. (1990): *Atención primaria y psicoanálisis*. Barcelona, Fundació Vidal i Barraquer.

Thomä, H y Kachele, H. (1989): *Teoría y práctica del psicoanálisis*. Barcelona, Editorial Herder.

Wolberg L. Cols. (1965): *Psicoterapia breve*. Madrid, Gredos, 1968.

Notas

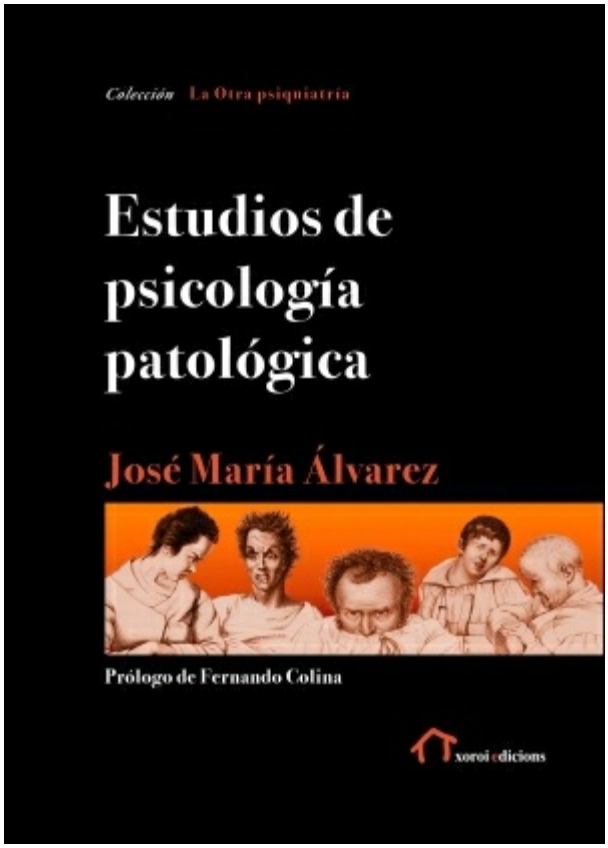
1. Miembro titular de la Sociedad Suiza de Psicoanálisis; Exjefe de Servicio de la Psiquiatría del niño y del adolescente (Hospital Cantonal Universitario, Ginebra) y Excatedrático de Psiquiatría del niño y del adolescente (Universidad de Ginebra, Suiza).
2. Manzano, J., Palacio Espasa, F., Zilka, N. (1999). «Los escenarios narcisistas de la personalidad» , traducción Español (2003). Ed. Sepypna.
3. Fundación Vidal i Barraquer.
4. El POP también contó con la colaboración de los terapeutas de otra institución, el Hospital San Pere Claver. Aquí me refiero, y sólo puedo incluir, a los que trabajaron en el Centro de Asistencia Psiquiátrica de Sant Andreu, en el Centro Médico Psicológico, ambos dependientes de la mencionada Fundación y una terapeuta de la institución Hospital Psiquiátrico de Martorell.
5. Aquí se han recogido un mayor número de pacientes que los incluidos en el proyecto de investigación mencionado, porque en algunos casos los pacientes no cumplieron con algunos de los requisitos exigidos para este último, como el rellenado de alguno de los cuestionarios. A efectos de nuestra publicación no nos afecta porque se continuó recogiendo el material con la misma sistemática descrita en la realización del seminario.
6. Las ideas principales de este apartado están enunciadas ya en otra publicación (A. Pérez–Sánchez, 1996). Aquí se recoge una síntesis de las mismas, necesarias porque subyacen en la presente obra.
7. En la literatura psicoanalítica kleiniana las ansiedades básicas que suelen describirse son: ansiedades persecutorias (que estarían presentes en la posición esquizoparanoide), las ansiedades depresivas (propias de la posición depresiva); y

las ansiedades confusionales, que serían las más primitivas, y que podrían corresponder a estados mentales menos «organizados». Aquí he preferido hacer esta otra descripción que me parece más próxima a la clínica del trabajo asistencial, según lo expondré posteriormente.

8. Comunicación en el I Simposio de Psicoterapia Dinámica, Alicante, 1983. Información proporcionada por P. Barbosa y A. Garre.
9. La obra de M Balint estudiada en el capítulo anterior, lleva por subtítulo en la edición francesa, «Un ejemplo de psicoanálisis aplicado». Y mi obra «Prácticas psicoterapéuticas», el de «Psicoanálisis aplicado a la asistencia pública (en salud mental)» (A. Pérez–Sánchez, 1996).
10. Centro de Salud Mental de Sant Andreu (Barcelona) del que surgió la monografía «Elementos de PBP».
11. Esta tabla y las siguientes aparecieron ya publicadas en A. Pérez–Sánchez, 2006. Aquí las reproduzco con ligeras modificaciones.
12. También tomado de una publicación anterior (A. Pérez–Sánchez, 2006).
13. También tomada de A. Pérez-Sánchez 2006.
14. Para una descripción detallada de los indicadores ver la obra citada (A. Pérez–Sánchez, 2006).
15. Este caso procede de un terapeuta de una institución privada que participó en el proyecto.
16. La tradición psicoanalítica ha impuesto las expresiones «interpretación transferencial» e «interpretación extra–transferencial». Aunque entendemos lo que se quiere decir, no resultan adecuadas si pensamos que la transferencia es un fenómeno universal, y por lo tanto presente en toda relación, sea terapéutica o no.
17. Parte de este material —las entrevistas diagnósticas— fue usado en otra publicación (A. Pérez–Sánchez, 2006), con la finalidad de mostrar la idoneidad del paciente para la psicoterapia.
18. Resultados de la revisión del material en la reunión de equipo coordinado por el autor, que permitió la derivación interna del paciente a este.
19. Caso 24 de la Tabla 3.1, capítulo III.
20. La paciente contabiliza 10 meses porque incluye como parte de su experiencia terapéutica los dos meses que duraron las entrevistas diagnósticas, con un total de cinco.

21. Caso 18 en la Tabla 3.1 del capítulo III. También recurrí a las primeras entrevistas de esta caso en otra publicación (A .Pérez–Sánchez, 2006) con la finalidad de mostrar la idoneidad para la psicoterapia.

22. En el momento que se realizó la experiencia de de donde extraigo buena parte del material de este libro, el único psicoanalista era el autor. Ninguno de los 16 psicoterapeutas lo era, aunque cuatro de ellos hicieron la formación psicoanalítica, más tarde.


Colección La Otra psiquiatría
Estudios de psicología patológica
José María Álvarez
Prólogo de Fernando Colina
xoroi edicions

Estudios de psicología patológica

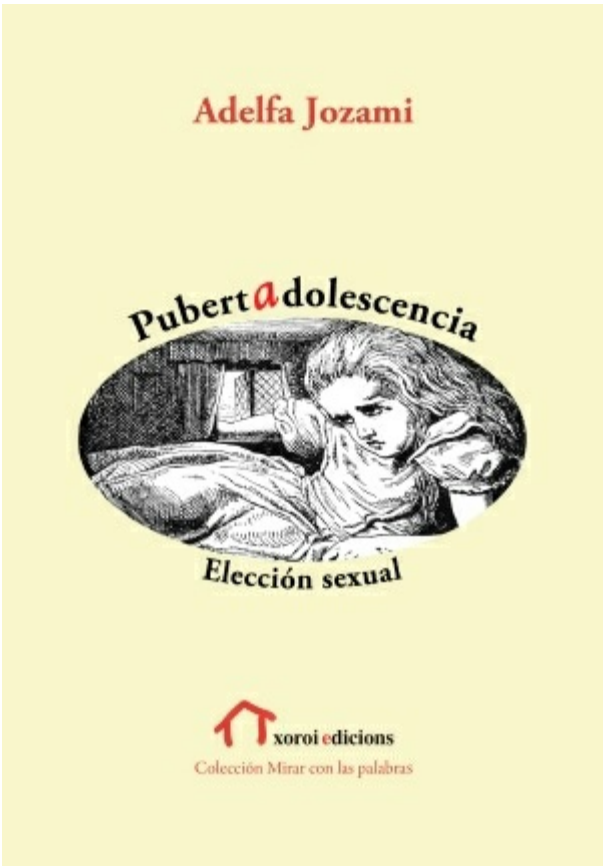
Álvarez, José María
9788494705007
384 Páginas

Cómpralo y empieza a leer

Este libro trata sobre todo de la neurosis, una estructura clínica o categoría nosográfica estrechamente ligada al psicoanálisis. Tanto es así que la neurosis representaba para Freud el retrato por excelencia de la condición humana. De ella derivó la concepción del psiquismo, la psicología patológica y la terapéutica analítica. Aunque sólo sea por eso, la neurosis merece nuestra atención. Pero también hay otros motivos, de los que me hago eco en el resto de los estudios sobre la tristeza, la melancolía, la locura normalizada y el diagnóstico. Es una obra con vocación ecuménica. Por eso huye de proposiciones apodícticas y recela de las modas de última hora. Ni está hecha pensando en unos pocos ni se compone de un único material. La historia de la clínica y la filosofía son materiales abundantes en la argamasa, ingredientes que cuando menos servirán de engrudo a la psicopatología y el psicoanálisis, sus constituyentes esenciales. Mas este proyecto será un fracaso si el resultado final fuera confuso, porque, como escribiera Eurípides: "Sabio es de verdad lo claro, no lo turbio». Este libro de José María Álvarez es un testimonio de signo contrario. Es un ejemplo público de que la mejor forma de oponerse al reduccionismo biológico es profundizar en el estudio de la psicopatología. Sólo con un instrumento conceptual ventajoso podemos hacer que el nuevo saber favorezca el diálogo y el vínculo con los enfermos. Lo que la psicopatología nos ayuda a entender es que la esquizofrenia no está en el paciente sino en el modelo que implantamos. Si algo demuestran los distintos textos de este oportuno y laborioso compendio es que sin una teoría consistente no podemos

desenvolvernos delante de los pacientes, y mucho menos tratar de ayudarlos a devolver a los síntomas su sentido biográfico. A la postre, la psicopatología es interpretativa, radicalmente hermenéutica, y no debe ser sustituida por datos epidemiológicos, pruebas biomédicas o taxonomías internacionales. Fernando Colina

Cómpralo y empieza a leer


Adelfa Jozami
Pubertadolescencia
Elección sexual
xoroi edicions
Colección Mirar con las palabras

Pubertadadolescencia

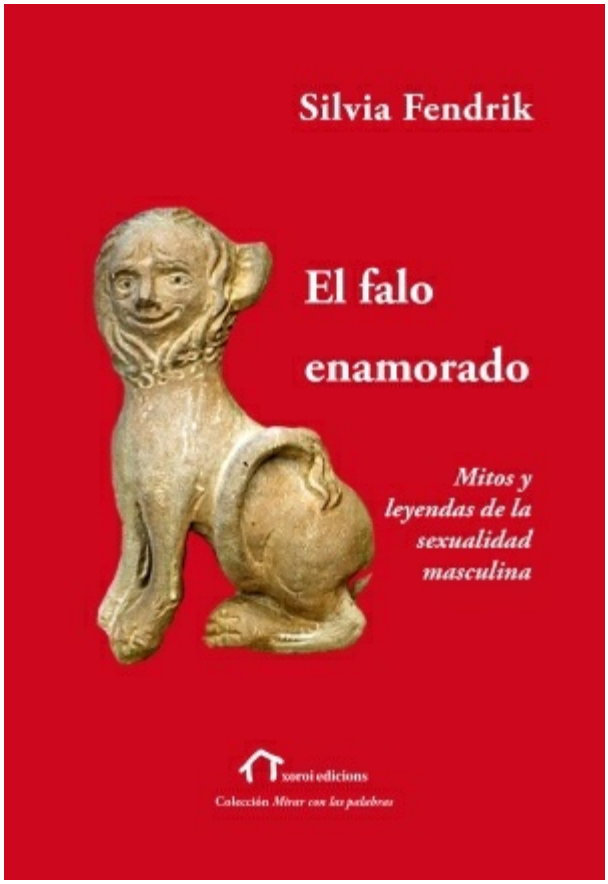
Jozami, Adelfa
9788494623264
158 Páginas

Cómpralo y empieza a leer

Este libro no recopila un saber sabido sobre la adolescencia. Sería más bien un encuentro contingente entre el psicoanálisis y la adolescencia, tal como la encontramos dicha por otros discursos —sociológicos, antropológicos, filosóficos y, sobre todo, analizantes—. Pretende transmitir lo que el adolescente le hace al psicoanálisis y cómo interviene el psicoanálisis en un sujeto que transita la pubertad. Es un testimonio de la autora sobre la articulación entre su práctica, su formación psicoanalítica lacaniana y la época. Se ve orientada por el enigma que representa la pregunta por el lugar de la pubertad en la construcción de la realidad y la sexualidad, el fantasma de un sujeto. El recorrido irá mostrando como es allí donde ubica la segunda vuelta en la construcción del fantasma, lo que sostiene el deseo hacia el objeto, que define la elección sexual. Intenta responder a algunas preguntas sobre el lugar que la pubertad/adolescencia tiene en la constitución de un sujeto: en sus identificaciones, sus goces, su realidad fantasmática; ya que no todo está dicho con el Edipo, esa primera vuelta: hacen falta dos vueltas para que el sujeto se inscriba en el discurso como hombre o como mujer. Para el humano parlante, su sexualidad, como veremos en el libro, no tiene nada de natural, no se orienta por sus instintos; para construir su frágil identidad masculina o femenina y adecuar sus goces a ella, depende de esta inscripción. Los términos adolescente y púber se usan indistintamente. Se trata de optar por dos nominaciones que eluden lo singular… Utilizar el término adolescente o púber, nos orienta hacia un lugar que, si bien es equívoco, se puede ir torciendo con el recorrido a realizar. En el

decir poético de Joyce y de Mishima, la autora expresa el modo en que un decir hace al cuerpo pulsional. Le llama a esto resonancias, poniendo en juego el ritmo como el modo en que el cuerpo entra en lo simbólico permitiendo la sexuación.

Cómpralo y empieza a leer


Silvia Fendrik
El falo enamorado
Mitos y leyendas de la sexualidad masculina
xoroi edicions
Colección Mirar con las palabras

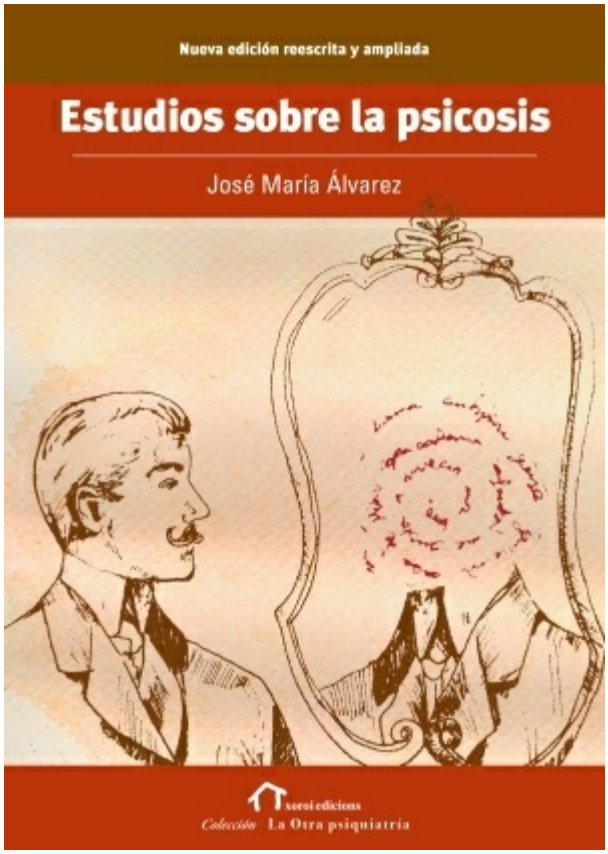
El falo enamorado

Fendrik, Silvia
9788490073568
144 Páginas

Cómpralo y empieza a leer

Después de haber escrito valiosos libros sobre el psicoanálisis de niños y sus protagonistas, desde Anna Freud y Melanie Klein hasta las argentinas Arminda Aberastury y Telma Reca, y luego de haber escudriñado profundamente en la anorexia y la bulimia, todos libros hermosos, ampliamente leídos y agotados, ahora la talentosa Silvia Fendrik se anima a internarse en un tema tan apasionante como poco frecuentado, la sexualidad del varón, del hombre, no menos enigmática que la de la mujer, mucho más estudiada. De sus vastas lecturas de la bibliografía psicoanalítica, Fendrik se va a apoyar en esta aventura intelectual en dos autores que conoce a fondo, Freud y Lacan, para ver si con ellos puede acercarse a la sexualidad del varón. Para esto fija su mirada en personajes arquetípicos, Hamlet, Don Juan, Casanova y Fausto, que encarnan un fértil campo de estudio y de reflexión. Todos ellos, sin duda, son el hombre frente (o junto) a la mujer; pero muy distintos entre sí, tal como los entiende esta mujer, cuestionadora e inquieta que es Silvia Fendrik. Estos personajes, bien conocidos por la cultura y por el psicoanálisis, le sirven a Fendrik para exponer las ideas de Freud y de Lacan desde su propia y singular perspectiva. R. Horacio Etchegoyen

Cómpralo y empieza a leer


Nueva edición reescrita y ampliada
Estudios sobre la psicosis
José María Álvarez
sorai edicions
Colección La Otra psiquiatría

Estudios sobre la psicosis

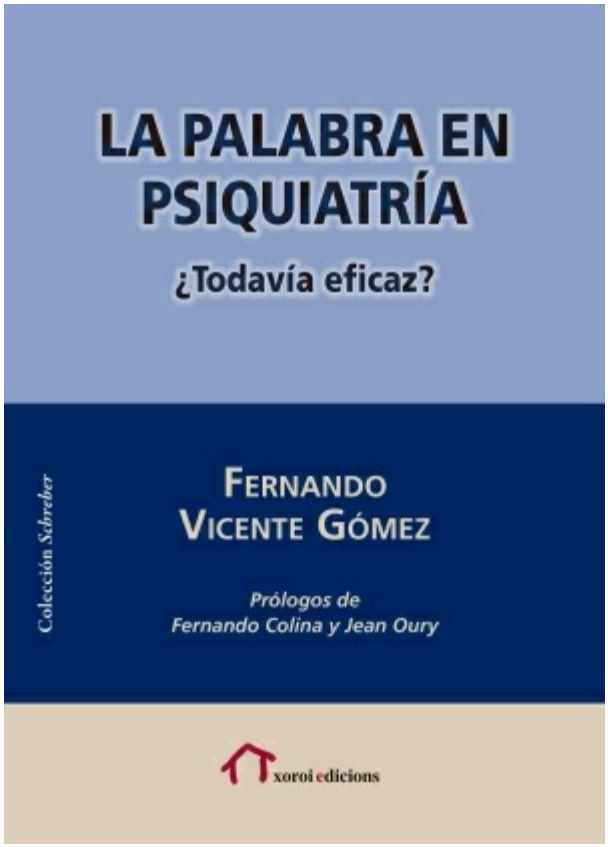
Álvarez, José María
9788490079850
442 Páginas

Cómpralo y empieza a leer

Nueva edición reescrita y ampliada. Trece estudios componen este libro. En todos se analiza la psicopatología de la psicosis, en especial los fenómenos elementales, el delirio y la alucinación. Aunando la tradición filosófica, los clásicos de la psiquiatría y el psicoanálisis, el autor analiza las experiencias del psicótico, punto de partida de su investigación. A medida que éstas se exploran siguiendo el testimonio directo del psicótico, se va perfilando una lógica interna que proporciona una explicación cabal sobre el nacimiento a la locura, las distintas posiciones que el sujeto puede adoptar en ella y las estrategias de las que dispone para reconducir su verdadero drama, tan inefable como solitario. De esta manera, partiendo de la psicología patológica se consiguen configurar las bases que convienen al trato y al diálogo con el alienado. Al desarrollar esta modalidad de análisis se aspira a articular la psicopatología y la terapéutica, las dos dimensiones de la clínica en su estado más puro. A diferencia de las dos ediciones anteriores, esta obra se amplía con tres nuevos estudios que le aportan unidad y visión de conjunto. En ellos se analizan sobre todo las formas normalizadas o discretas de la locura y se precisan las experiencias genuinas que la caracterizan y definen. Los artículos que integran este libro son el ejemplo cabal de una psiquiatría distinta. En medio de la vorágine positivista, cuando el sentido de la clínica ha perdido su vocación por la escucha y las preguntas, surge de pronto el discurso de José María Álvarez para resucitar la tradición y actualizar los enigmas. "Convencido de que el positivismo poco tiene que decir ante el lenguaje de la locura, el autor recoge la palabra de los psicóticos de dos

formas. Una, con los saberes de la psiquiatría clásica, revelando la lógica interna de su pasado, otra con la hermenéutica psicoanalítica". (Fernando Colina)

Cómpralo y empieza a leer


LA PALABRA EN PSIQUIATRÍA
¿Todavía eficaz?
Colección Schreber
Fernando Vicente Gómez
Prólogos de
Fernando Colina y Jean Oury
xoroi edicions

La palabra en psiquiatría

Gómez, Fernando Vicente
9788494552205
234 Páginas

Cómpralo y empieza a leer

El discurso actual, tanto el social como el que se manifiesta en algunos medios psiquiátricos, nos empuja a negar el cuerpo como superficie del lenguaje del síntoma. El cuerpo sería así sólo un objeto biológico o un conjunto de órganos susceptibles de ser educados o reeducados. El libro de Fernando Vicente, que no sólo está dirigido a los profesionales de la salud mental, nos transmite, a través de su recorrido, otras vías para escuchar y acoger los sufrimientos que las diversas patologías psiquiátricas nos muestran, lo que puede llevarnos a evitar caer en un realismo patológico donde casi ninguna posibilidad existiría para quienes sufren una alienación psíquica y social crónica. La apuesta que aquí se nos presenta es saber si queremos, a través de nuestra palabra y sobre todo de nuestra escucha —acompañadas ambas de «nuestros testimonios profesionales»— que la cronicidad patológica y mortífera sea una realidad inevitable o más bien una situación dinámica y siempre posible de mejorar. «La tesis principal del autor es que la palabra, además de presentarse como el principal recurso para gobernarse en sociedad, es también el mejor alimento que podemos ofrecer al psicótico. Algunos lo encontrarán obvio, pero la palabra es un bien fugitivo que se nos escapa de continuo. Hablar es difícil, pese a su aparente sencillez, dejar hablar es aún más complejo, y hacer hablar a quien tiene dificultad para hacerlo puede llegar a ser una tarea en el límite de lo posible. No obstante, basta mencionar el concepto palabra para cortar por la mitad la psiquiatría. Se sostiene que desde que Freud propuso que el delirio no era tanto un déficit como un intento autocurativo, la psiquiatría quedó dividida en

dos: una, científica o biomédica, que reniega de esa posibilidad y apunta al cerebro como único escenario causal y terapéutico, y otra, más decidida y arriesgada, más arrojada al hombre y a la vida, que señala directamente al sujeto». (Fernando Colina)

Cómpralo y empieza a leer

Índice

Portada 2
Créditos 3
Agradecimientos 11
Prólogo por Francisco Palacio–Espasa 13
Introducción 16
1. Fuentes de la obra 16
a) Monografía «Elementos de Psicoterapia Breve Psicoanalítica» 16
b) Seminario y supervisión en un proyecto de investigación de Psicoterapia de Orientación Psicoanalítica (POP) 17
2. Estructura y método de la obra 24
3. Aspectos a investigar 27
a) La indicación de la PBP 27
b) Importancia del tiempo y la focalización como factores específicos de la PBP 27
c) Intervenciones terapéuticas prioritarias en PBP 28
d) Proceso psicoterapéutico en PBP 28
e) Influencia de la supervisión en el trabajo del terapeuta 28
Capítulo I – Modelo de la mente y Psicoterapia Breve Psicoanalítica 30
1. Las aportaciones de M. Balint 31
1.1. Consideraciones generales 31
1.2. M. Balint: el caso del Sr. Baker 32
1.3. Comentarios al caso del Sr. Baker y al modelo de la mente implícito 36
2. Un modelo psicoanalítico de la mente 46
Capítulo II – Conceptos psicoanalíticos básicos aplicados a la psicoterapia y definición de Psicoterapia Breve Psicoanalítica 51
1. Conceptos generales 51
1.1. Encuadre 51
1.2. Tipo de relación de objeto 52
1.3. Trabajo interpretativo 55
1.4. Importancia del aquí–y–ahora de la situación terapéutica 55
2. Conceptos técnicos 56

2.1. Conceptos técnicos en función del paciente 56
2.2. Conceptos técnicos en función del terapeuta 59
3. Definición de Psicoterapia Breve Psicoanalítica en el contexto de otras psicoterapias psicoanalíticas 62
3.1. Psicoterapia breve psicoanalítica: concepción de lo psicoanalítico 66
3.2. Psicoterapia breve psicoanalítica: concepción de lo psicoterapéutico 66
3.3. Psicoterapia breve psicoanalítica: concepción del tiempo 70
Capítulo III – Indicaciones de la Psicoterapia Breve Psicoanalítica 79
1. Generalidades 79
2. Enfoque clásico 81
2.1. Motivación para el cambio 81
2.2. Capacidad de autoobservación y de insight 81
2.3. Otros criterios 81
3. Indicadores psicodinámicos para la psicoterapia psicoanalítica 86
4. Criterios de indicadores psicodinámicos específicos para la Psicoterapia Breve Psicoanalítica 88
5. Material clínico: tabla y resúmenes de casos 90
5.1. Material clínico A: Tabla de psicoterapias terminadas 90
5.2. Material clínico B: Breves resúmenes de algunos casos de la tabla 97
5.3. Comentarios generales sobre los casos de la tabla 102
5.4. Material clínico C: Caso I. «El chico responsable de la "higiene" relacional familiar» (Caso 10) 103
5.5. Comentarios al caso I 106
Capítulo IV – Pacientes no indicados, contraindicaciones e interrupción de entrevistas diagnósticas 107
1. Generalidades 107
2. Pacientes no indicados. Material clínico: Tabla y resúmenes de casos 108
2.1. Material clínico A: Tabla de pacientes no indicados para PBP 108
2.2. Material clínico B: Resumen de casos 111
2.3. Comentarios generales a los pacientes no indicados 115
3. Pacientes que interrumpen el proceso diagnóstico 116
3.1. Material clínico A: Tablas de casos que interrumpen el proceso diagnóstico 116
3.2. Material clínico B. Resumen de casos que interrumpen el diagnóstico 120
3.3. Comentarios generales e hipótesis sobre las interrupciones durante el proceso diagnóstico 126

4. Contraindicaciones 128
5. PBP y otras terapias alternativas o concomitantes 129
Capítulo V – Focalización 130
1. Introducción 130
2. Concepto de focalización 134
2.1. Contexto del foco 134
2.2. Niveles del foco 135
2.3. Deslizamiento del foco 136
3. Focalización y método psicoterapéutico en PBP 137
4. Especificidad de la focalización en PBP 138
4.1. La focalización no es exclusiva de la PBP 138
4.2. Diferencias entre la focalización en PBP y la psicoterapia de larga duración 138
4.3. La focalización no es imprescindible para la PBP 139
4.4. La focalización sola no es un factor suficiente para la realización de la PBP 139
5. Focalización y proceso psicoterapéutico 141
6. Material clínico. Caso II: Histeria y conflicto materno 142
7. Material clínico. Caso III: «La mamá híper–responsable» 148
8. Focalización: síntesis 165
Capítulo VI – Intervenciones terapéuticas e interpretación 166
1. Cuestiones generales 166
2. «Intervenciones» no verbales 168
3. Intervenciones verbales 170
3. 1. Intervenciones no interpretativas 170
3.2. Intervenciones interpretativas 172
3.2.1. Interpretaciones no transferenciales 172
4. Material clínico: 177
I. Etapa diagnóstica 177
II. Proceso psicoterapéutico 179
III. Inicio de la elaboración de la terminación 188
5. Material clínico: 191
I. Etapa diagnóstica 191
II. Inicio de la psicoterapia 195
III. Etapa media del proceso psicoterapéutico 199

IV. Etapa de terminación 200
V. Entrevistas de seguimiento 206
Capítulo VII – Tiempo y proceso psicoterapéutico 211
1. El tiempo 211
1.1. El tiempo en las psicoterapias psicoanalíticas y en PBP 211
1.2. Duración de las sesiones 214
1.3. Frecuencia de las sesiones 216
1.4. Duración del tratamiento 216
2. El proceso psicoterapéutico en PBP 219
2.1. Etapa diagnóstica y de indicación de psicoterapia 221
2.2. Etapa de establecimiento de la relación terapéutica 222
2.3. Etapa intermedia 223
4. Comentarios generales al Caso VI en relación al tiempo 233
Capítulo VIII – Terminación en Psicoterapia Breve Psicoanalítica 236
1. Terminación y etapas del proceso psicoterapéutico 237
1.1. Terminación y primera etapa: tiempo prefijado 237
1.2. Terminación y etapa media: «olvido» del tiempo 238
1.3. Terminación y etapa final. Fase de terminación propiamente. Inicio de la elaboración del duelo por el final 239
2. Entrevistas de seguimiento post–terminación 243
3. Material clínico: Caso VII. 246
I. Entrevistas diagnósticas 246
II. Inicio de la psicoterapia. Primeras sesiones (3ª y 4ª) 247
III. Etapa media del proceso 249
IV. Etapa de terminación 251
V. Entrevistas de seguimiento 254
Capítulo IX – Interrupción en Psicoterapia Breve Psicoanalítica 256
1. Concepto de interrupción de la psicoterapia 256
2. Material clínico 259
2.1. Material clínico A: Tabla 259
2.1.1. Comentarios a la tabla 263
2.2. Material clínico B: Resúmenes de los casos 264
3. Conclusión. Hipótesis generales de la interrupción 271
4. Formas de interrupción 272
Capítulo X – Aprendizaje y supervisión en Psicoterapia Breve

Psicoanalítica
1. Aprendizaje en PBP 275
2. La supervisión 281
2.1. Cuestiones generales 281
2.2 Ilustración clínica de una supervisión colectiva 281
3. Conclusiones finales 286
Apéndice – Casos clínicos detallados 290
Bibliografía 298
Notas 302